الإدمــان

دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه

دكتورة
عفاف محمد عبد المنعم



الإدمان

دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه

الإدمان

دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه

دكتورة

عفاف محمد عبد المنعم

١٩٩٩

دار المعرفة الجامعية

٤٠ ش سوتير - الأزاريطة ت: ٤٨٣٠١٦٣

٣٨٧ ش قنال السويس - الشاطبي ت: ٥٩٧٣١٤٦

إهــــداء

إلى

محمد ومرام

مقدمة

شهدت المجتمعات محلياً وعالمياً أزمات نتاج التطور السريع الملحوظ. وتعتبر مشكلة تعاطي العقاقير المخدرة بأنواعها العديدة من الظواهر الخطيرة التي تجتاح دول العالم في عصرنا الحالي. وقد نالت هذه الظاهرة اهتمام عدد كبير من الباحثين والهيئات العالمية والإقليمية ورصدت الأموال وخصصت العقول لدراستها . لمحاولة الوصول لحل يحد من انتشارها والسيطرة عليها.

وللاعتماد على المخدرات شروط أوردتها منظمة الصحة العالمية World Health Organization وهي:

(أ) وعى ذاتى برغبة مندفعة للتعاطى.

(ب) مؤشر التكيف العصبى حيث يتم التعاطى ولكى يتجنب المدمن الأعراض المؤلمة مثل الصداع،التوتر،عدم القدرة على التركيز، واضطرابات الإدراك ..وغيرها.

(جـ) يحظى الإدمان بأولوية تفوق أهمية باقى مظاهر السلوك اللازمة للحياة. فالمدمن يعطى الأهمية للحصول على المخدر بقدر يفوق أولوية حصوله على أي شيء آخر مهما كان مهماً وضرورياً.[1] وللإدمان تعريفات متعددة سنوردها فى جزء لاحق من هذا الكتاب ونخلص من هذه التعريفات إنه حالة (تعلق / اعتماد) شديد من جانب الشخص على تناول مادة ما، بغرض إحداث تغييرات نفسية من خلال تأثير هذه المادة على الجهاز العصبى . لبعض هذه المواد خاصية التدخل فى كيميائية

(1) W.H.O International Program on the Diagnosis and classica-fation of mental Disorders; Subgroup 4: Alcohol and Drugs Related Problems. Washington, 25-29th Augst 1980.

الجسم بحيث يعتادها الجسم ولا يعـود قـادراً على الاستغناء عنها بـدون تعرضه لاضطرابات (قد تصل إلى حد الموت). وفى هده الحالة نتكلم عن الاعتيـاد الفيزيولـوچى Addiction على أية حـال فإن مصطلح الإدمـــان يطلق على حالات التبعيـة النفسيـة والفيزيولوچيـة لمـادة الإدمان. وعلى ذلك فإن حدوث الإدمان يحتاج إلى توافر عوامل ثلاثة هى :

١ - توافر المادة المدمنة (ويختلف حال الفرد ومظاهر الإدمان بإختلاف المادة المستخدمة).

٢ - الشخص المـدمن (شخصيـة قابلـة للاعتماديـة أو لظروف خارجيـة خاصة تخضع لها).

٣ - الظروف البيئية والاجتماعية(اللحظة الاجتماعية - الثقافية)[(١)]

وهناك بعض علمـاء النفس الذين يصنفـــون مشكلات إدمـان المخدرات ضمن السلوك المضاد للمجتمع أو السلوك السيكوباتى فهناك مجموعة من العوامل الاجتماعية تسهم فى هذه المشكلة وتجعل منها خطراً يهــدد الأمة والتقدم فيها، وكذلك هناك عوامل فردية كامنة فى شخصية المدمن تقوده للإدمان ، وقد نظـر الكثير من العلمـاء والباحثين إلي الإدمـان كسلوك مرضى باعتبـاره إحباطـاً لا يقوي الراشد على مواجهـة آثـاره النفسية بحلول واقعيـة مناسبة سواء أكان ذلك نتيجة لضخامة الاحباط أو الاستعـداد وعـدم قدرته على إحتمال الاحباط . فالإدمـان محصلة لعوامل مركبة بعضها فسيولوچى والبعض الآخر سيكولوچى - اجتماعى.

فالمدمنـــون يشتركون فى معاناتهم من إضطرابـات الاتصـــال على مختلف الصور، فمواد الإدمان تؤثر أولاً على وعى المدمن وعلى حواسه مما يؤدي لإضطراب إتصاله بالواقع وبالآخرين، خلل الاتصال هذا يجابه

---

(١) محمد حسن غانم، العلاج النفسى لمشاعر الرفض والخجل لدي المدمنين، مجلة الثقافة النفسية، مركز الدراسات النفسية والنفسية - الجسدية، العدد الثامن، المجلد الخامس ١٩٩٤. ص ص ١٧ - ١٩.

تلقائياً بقساوة الواقع وبردود فعل الآخرين التى تعقد هذا الخلل وتوصله إلى مرحلة حرجة قد تصل إلى حدود إنقطاع الاتصال.

إن تأثير المواد على صعيد الجهاز العصبى ينعكس بإضطراب احساس المدمن بذاتـه وبجسده وبالعالم الخارجي . هذا الاضطـراب يخلق علاقـة مضطربـة بين المدمن والواقع بـدءاً من إضطراب احساسه بالوقت وصولاً لإضطراب اتصاله مع الواقع والآخرين. وقد تزايد الاهتمام فى السنوات الاخـيرة بمشكلة الإدمـان نظـراً لاستعمالها وإرتباطها بالعديـد من المشكلات الخطيرة والمدمرة، وينعكس هذا الاهتمام فيما تقوم به الدولة على إختلاف أجهزتهـا من جهـود سواء على المستوي المحلى أو على المستوي العالمى عن طريق التعاون الدولى فى سبيل مواجهة هذه الظاهرة والتصدي لها والذي يتخـذ اشكالاً متعددة للمقاومـة منها : المكافحـة الأمنية، القانون، الاتفاقيات الدولية وهى ما يسمى بمكافحة العرض. ثم ما بعـد ذلك ما تتطلبـه جهـود الوقاية بأشكالها المختلفـة ثم التوعيـة والعلاج سواء أكان هذا العلاج طبى أو نفسى أو اجتماعى وأخيراً إعادة تأهيل ثم إعادة استيعاب اجتماعى للمدمنين فى المجتمع بعد شفائهم.

كما أننا يجب أن نفرق بين الإدمـان والتعـود... فكثيراً ما تسمع أن فلاناً يأخذ قرصاً منوماً منذ عشرين سنة وقد أصبح مدمناً وأن آخر يتناول الأقراص المهدئـة يومياً لتحمل مشقة أعماله وإنه فى عـداد المدمنين وأن تلك السيدة لا تستطيع تحمل زواجها إلا بالاعتماد على بعض المطمئنات وهى الآن مدمنة ، فكل هذه الأمثلة تدل علي التعود أو الاعتماد وهو مختلف تماماً عن الإدمان ، وليس له المضار المعروفة عن الإدمان، لأنه لكى نطلق اسم المدمن على أي إنسان لا بد أن تتوافر فيه الشروط التالية:

- الزيادة المستمرة فى كمية العقار،(أي أنه إذا بدأ بقرص أو بقرصين فبعد شهر يأخذ ٤ أقراص وبعد ثلاثة أشهر يتناول عشرة أقراص..وهكذا) فهنا نشك فى الإدمان.

■ الاعتماد التام نفسياً وجسمياً على هذا العقار ولا بديل عنه . وتصبح حاجة الفرد إلى العقار ملحة قهرية وأهم من الطعام والشراب.

- التدهور الاجتماعي، لأن المدمن لا يمانع من الالتجاء إلى أي وسيلة للحصول على العقار، من الكذب إلى السرقة إلى التزوير إلى التلفيق مما يؤثر تأثيراً واضحاً على عمله وحياته الزوجية والاجتماعية.

■ وأخيراً ومن أهم أعراض الإدمان ، الأعراض الجانبية الشديدة عند التوقف عن أخذ العقار ، أو الامتناع عنه كمحاولة للعلاج ، فهنا يشعر المريض بأعراض شديدة من آلام في الجسم إلى عرق غزير إلى أرق شديد، إلى هياج عصبى وأحيانا أعراض جسمية من إسهال، إلى سرعة ضربات القلب... الخ.

أما المتعود فهو يأخذ العقار بنفس الجرعة يومياً ولا يزيدها بل وأحياناً ينسى أخذها دون حدوث أي أعراض جانبية. ومشكلة المدمن تتعدي ذاته وتؤثر على مجال العائلة بأكملها فاهماله لعمله وبيته يجعل الحياة الزوجية محطمة تماماً وينشأ الأطفال في جو مرضى يسبب لهم عدة أمراض نفسية وعقلية عند نضجهم.

ولكن هذا لايمنع إنتشار إدمان الحشيش ، والأفيون ، والكوكايين ، ثم حالياً الأقراص المنومة مثل الباربى٣، فسبأراكس، فانادروم، لومنيال... الخ أو الأقراص المنشطة أو المنبهة مثل الريتالين ، مجموعة الامفيتامين والموجودة فى العقاقير التى تسد الشهية. بل وأخيراً ظهرت عدة حالات إدمان للأقراص المطمئنة إن أخذت دون إشراف طبى مثل كواتيان ، ترنكيلان، ليبريم، ڤاليوم... الخ.

وانتشرت فى السنوات الأخيرة ظاهرة إدمان عقاقير الهلوسة مثل : ل.س.د. والحشيش فى أوروبا مما جعل الحكومات تنظم حملات للقبض على مروجى هذه العقاقير . على أنه من الاسباب التى تدعو الفرد لأن يلجأ للإدمان من وجهة نظره أو حسبما اتفق هى:

■ آلام جسمية مستمرة مثل الصداع المزمن ... آلام روماتيزمية ... نوبات متكررة من المغص الكلوي أو المراري. . آلام الأورام الخبيثة . إذ يلجأ المدمن للعقار لتهدئة آلامه ثم يزيد من الجرعة حتى يصل لدرجة الإدمان. بل أن كثيراً من مدمنى الأفيون بدأوا ذلك عند سماع النصيحة بأخذ قطعة أفيون لتخفيف آلام الاسنان ثم كسلهم للذهاب إلى طبيب الاسنان وزيادة الكمية تدريجياً حتى الوصول لدرجة الإدمان.

■ الضغط المتواصل فى العمل و الإرهاق الشديد وصعوبة التوافق مع رؤسائه ومرؤسيه . والخوف المستمر من المسؤلية . وعدم الثقة فى الذات.

■ عدم التوافق الزواجى ... فكثيراً ما يلجأ الزوج أو الزوجة إلى استعمال العقاقير أو الخمر لقتل الملل بعد الزواج أو لاكتشاف عدم توافق الشخصيات أو لعدم الانسجام العاطفى، أو لصعوبة الارتواء الجنسى أو للصعوبات المادية أو لعلاقات عاطفية جديدة ...الخ.

■ الأمراض النفسية والعقلية: فالذي يعانى من حالة قلق نفسي وعدم الثقة بالذات ، والخجل المستمر والحساسية المفرطة ، وعمله يتطلب منه الاختلاط بالناس، ومناقشة الأمور بهدوء ، وهو لا يستطيع القيام بكل هذه الاعباء ، فهنا يلجأ هذا المريض إلى العقاقير المنشطة أو المطمئنة وكلما زادت مشاكله زاد من كمية الأقراص حتى يصل لدرجة الإدمان، وكذلك الذين يعانون اكتئاباً أو الأرق الليلى فسوف يلجأون إلى الأقراص المنومة للهروب من الآلام النفسية الشديدة وتبدأ فى زيادة الكمية للقضاء على آلامها حتى تصبح فى عداد المدمنين . وعادة ما يصاب المدمن بعدة أعراض عقلية من جراء كثرة ما يتناوله من خمر أو أقراص ، ويصبح فى حالة هياج عصبى مستمر ، ويثير المشاكل والمشاحنات مع عائلته وأولاده، وإن لم يحصل على العقار بسهولة فلا مانع عنده من الحصول عليه بالقوة والصنف والتهديد لأنه يصبح فى حالة شبه جنونية.

ومهما تغير العقار فإن المدمن يظل مستعداً للإدمان[١] ولقد أدي الاهتمام والبحث فى طرق السلوك الاعتمادي إلى ابتكار عدة تكنيكات علاجية ، ورغم أن بعض هذه الأساليب حصل على دعم امبريقى يؤكد فعاليته ، فإن البعض الآخر ما زال فى حاجة إلى مزيد من التقويم ، ولما كان الإدمان يمثل مشكلة متعددة الأبعاد فقد ظهرت الحاجة إلى تكامل عدد من التكنيكات العلاجية لتقديم برامج علاجية شاملة .. ورغم التحسن الملحوظ فى عائد هذه التكنيكات ، فما زالت هناك بعض المشاكل المنهجية مما يدعو إلى التزايد المطرد للمشكلات المرتبطة بالإدمان إلى زيادة البرامج الوقائية بدرجاتها المختلفة.. لأن البرامج العلاجية فى حد ذاتها ليست كافية لمواجهة الآثار النفسية والجسمية المترتبة على الإدمان ، كما أنه لابد وأن تتطور أهداف العلاج فى ضوء الفحص الشامل لجوانب حياة المدمن مثل خبراته الماضية وقدراته وإمكاناته والاضطرابات الآخري التى يعانى منها والخلفية الاجتماعية والثقافية له.. على أن تشتمل خطة العلاج أهدافاً قصيرة المدي، وأخري طويلة المدي مع اختيار التكنيكات ذات الكفاءة العالية وأن تخضع هذه التكنيكات والخطط العلاجية للمراجعة والتجديد باستمرار[٢].

فلا بد أن يكون العلاج للإدمان علاجاً متكاملاً. وهذا العلاج المتكامل يتألف من ثلاث مكونات أساسية ، أحدهما طبى والآخر نفسى والثالث اجتماعى. المكون الطبى : فيقوم **المكون الطبى** على مبدأين رئيسيين : مبدأ الفطام التدريجى للمدمن من المخدر الذي أدمنه أو مبدأ سد القنوات العصبية التي يسلكها المخدر داخل جسم المدمن للتأثير فى سلوكياته.

---

(١) محمد رفعت، ١٩٨٠، الأمراض النفسية والعصبية، بيروت: دار النهضة العربية.ص ص ٩٦ - ١٠٤

(2) Nierenberg, T.D., Treatment of Substance abuse. In: C. Walker(Ed) Hand book of Clinical Psychology, Dowsones - Irwin. 1982.

فإذا اختار المعالج الطريق الأول ، طريق الفطام التدريجي ، فإنه ينتقى للقيام بهذه المهمة مخدراً أضعف بكثير من المخدر الذي أدمنته الحالة ولكن من نفس فصيلة المخدر. ويعطى المدمن هذا المخدر البديل بجرعات وعلى فترات محددة، على أن تخفض الجرعة وتطول الفترات بين الجرعات تدريجياً حتى ينتهى الأمر إلى فطام كامل للحالة.

أما إذ اختير الطريق الثانى، طريق سد القنوات العصبية، فإنه ينتقى لذلك عقاراً يتلخص تأثيره فى سد المستقبلات العصبية المعدة أساساً فى مخ المدمن لاستقبال العقاقير ثم توزيع آثارها العصبية السلوكية فى جسم المدمن . ويستمر فى اعطاء هذا العقاز حسب نظام محدد ولفترة محدودة حتى ينتهى الأمر بالمدمن إلى أن يعود بجسمه إلى حالة التوازن الفزيولوچى دون حاجة إلى وجود المخدر أو مشتقاته . ويصحب ذلك إنطفاء اللهفة إلى المخدر.

■ المكون النفسى من المعروف أن هناك أساليب متعددة للعلاج النفسى لحالات الإدمان على إختلاف أنواعها ، كما أنه يجري ابتكار المزيد من هذه الأساليب فى الآونة الراهنة مما يبشر بمزيد من الآمال المعلقة على المستقبل المنظور. ومن أشهر العلاجات النفسية الحديثة فى الميدان ما يعرف بمجموعة العلاجات السلوكية للإدمان ، وهى تعتبر من الثمار الرئيسية لتطبيقات العلوم النفسية الحديثة فى ميدان الاضطرابات النفسية . وتقوم في مجموعها علي مسلمة أساسية مؤداها أن جميع أشكال السلوك الصادرة عن الفرد بما فى ذلك التعاطى والإدمان إنما هى اشكال تكتسب وتنمو فى ظروف حياتية (أي بيولوچية نفسية اجتماعية حضارية) معينة ومن ثم تصدق عليها قوانين اكتساب العادات ونموها ، وكذلك قوانين وإجراءات التخلص من العادات أو تعديلها. ومعنى ذلك أن العلاج يتطلب قدر من الإجراءات العلاجية المعقدة، ومن أشهر طرق العلاج السلوكى فى هذا الصدد طريقة بودن H.M.Boudin وهي تعتمد على ثلاثة مقومات رئيسية هى:

١ - تدريب المدمن على ملاحظة الذات ورصد ما يصدر عنها Self monitoring.

٢ - التدريب على تقييم الذات Self-evaluation بناء على ما يصدر عنها.

٣ - برمجة تعديل السلوك بناء على المعطيات التى نصل إليها من البندين السابقين.

ويستغرق انجاز هذا البرنامج بضعة شهور ويمكن تطبيقه علي مدمنين محتجزين داخل المصحات ، كما يمكن تطبيقه علي أساس نظام العيادة الخارجية ، وقد جرب هذا النظام العلاجى على عدد من مدمنى الهيروين فى مدينة فلوريدا الامريكية وكانت نتائجه على درجة عالية من الكفاءة.

■ المكون الاجتماعى : ويطلق عليه اسم الرعاية اللاحقة وتنقسم إلى قسمين هما : إعادة التأهيل ، Rehabititation وإعادة الاستيعاب الاجتماعى Social reintegration .

■ إعادة التأهيل.فغالباً مايستخدم مصطلح إعادة التأهيل فى مجال علاج التعاطى والإدمان استخداماً واسعاً ليضم ما يوصف بأنه إعادة التأهيل المهنى والمقصود به هو العودة بالمدمن إلى مستوي مقبول من الآداء المهنى وتتضمن إجراءات إعادة التأهيل فى هذا الصدد ثلاثة عناصر هى : الارشاد المهنى Occupational Counselling ، وقياس الاستعدادات المهنية Occupational aptitudes والتوجه المهنى Occupational guidance والتدريب Training .

■ اعادة الاستيعاب الاجتماعى ويعتبر اعادة الاستيعاب الاجتماعى هو الخطوة الاخيرة والمكملة لإجراءات الرعاية اللاحقة ولا يشترط أن تأتى زمنياً بعد فترة إعادة التأهيل المهنى،بل يمكن تصور تزامن الخطوتان[١].

---

(١) مصطفى سويف، المخدرات والمجتمع. نظرة تكاملية. عالم المعرفة ، العدد ٢٠٥ ص ص ٢١٧ - ٢٣١

الفصل الأول

- مقدمة.
- الحجم العالمى للمشكلة.
- الدول الأمريكية.
- آسيا والشرق الأقصى.
- أوروبا.
- الشرق الأدنى والأوسط.
- استراليا ونيوزيلندا.
- حجم المشكلة محلياً.

مقدمــة :

تعتبر المخدرات قسماً من أقسام المكيفات التى قد يدفع الفرد الى تعاطيها نتيجة أسباب اجتماعية أو نفسية أو شهوانية أو نتيجة لطبيعة حرفة المدمن ومهنته، وبداوم تعاطيها تتأصل فى نفسه عادة الإدمان بحيث لا يستطيع التخلص منها بسهولة دون أن تترك فى نفسه أثراً وضرراً. وهذا الأثر وذلك الضرر يختلفان بأختلاف نوع المخدر موضوع الإدمان ومقدار ما يتعاطاه المدمن منه، وأوقات التعاطى وحالة المدمن الصحية والعصبية والنفسية.

وللمخدرات آثار سيئة وتأثير أسوأ على الأجسام والعقول وهذا ما دفع الكثيرين للكتابه عن هذه المساوئ ويصفونها بما أحسوا به ولاحظوه من فعلها ، وقد وصف المقريزي سيطرة المخدرات وتأثيرها وخواصها فذمها ذماً شديداً وعدد قبائح مدمنيها ومستعمليها ، وما فعل بعض الملوك في شأن ابطالها.[١]

فمعظم بلدان العالم عرفت تعاطى المخدرات بأنواعها المختلفة فى فترة أوأخرى من فترات تاريخها. فمعظم الشعوب أكتشفت وأستعملت أنواعاً مختلفة من النباتات المخدرة لأغراض التخدير والعلاج على الأقل إلا أن تعاطى المخدرات لأغراض غير طبية قد اتخذ صورة وبائية في بعض المجتمعات أكثر من غيرها ويعتبر تعاطي المخدرات نمطاً سلوكياً وثقافياً، فشيوع استعمال المخدرات فى أى مجتمع يعتمد أساساً على الأنماط الاجتماعية، كالاستجابات السيكولوچية للمخدرات او الشخصية السيكولوچية العامة لمدمنى المخدرات، فيختلف المخدر المستخدم فى كل

---

(١) أنور العمروسي ١٩٥٥ ، المخدرات آثارها وجرائمها وعقوباتها . القاهرة: مكتبة الخانجي. ص ص ١ – ٥

بلد تبعاً للعوامل الحضارية المحددة لهذا البلد.[1]

ويعتبر ادمان المخدرات من أكثر الأمراض الاجتماعيه انتشاراً فى العالم بأسره، فيذكر من يؤرخون لانتشار تعاطى المخدرات أن منطقة البحرالأبيض المتوسط وخاصة أفريقيا وآسيا، كانت من الوجهة التاريخيه من أول مناطق المخدرات وأن هذة الآفات انتقلت منها بعد ذلك الى الهند والصين وبعض البلدان فى أوربا ثم أمريكا الشمالية وأمريكا الجنوبية.

والطبيعة البشرية تسعى دائماً وأبداً الى الوصول إلى اللذة والبعد وتجنب الألم وكل ما يؤدى الى المتاعب،فنجد أن المخدرات هى تلك الأداة التى توفق بين اللذة والألم، فمنذ بزوغ الحضارة استخدمت المخدرات كوسيلة لإحداث تغيرات فى حالات الوعى والشعور والسعادة واليقظة والتنبيه، فالمخدرات تحدث تغيرات عميقة فيها وتضيف لها أبعاداً جديدة[2]. ومن هذا يبدو لنا أن تعاطى المخدرات ظهر وانتشر منذ آلاف السنين، ولكن إساءة الاستعمال لهذه المخدرات وإدمانها هو الشكل الأكثر ملاحظة وانتشاراً فى القرن العشرين، فما من يوم لم تطالعنا فيه جريدة محلية أو عالمية أو نشرات الأخبار عن ضبط كميات كبيرة من المخدرات المهربة، وضبط أنواع جديدة من العقاقير، ومما يشكل الفزع من هذا الانتشار للمخدرات هو انتشارها بين الشباب، ويعتبر انتشار تعاطى المخدرات بين الشباب من أكثر الأزمات التى يمر بها المجتمع لأن الإدمان لا يقتصر أثره على الشخص فقط ولكن له اثره السئ أيضاً على من يحيطون به فالتعاطى يخلق حالة من التعود مما يجعل الفرد المتعاطى يشعر بحاجة شديدة إلى تكرار تناولها.وتكرار هذا التعاطي يسبب ضعفاً

---

(١) سمير نعيم أحمد ١٩٧١، الاسباب الاجتماعية والاقتصادية لتعاطي المخدرات. القاهرة: المكتب الدولي العربي لشئون المخدرات. ص ٧.

(2) Belknad J. K., 1978, Drugs and Human Behaviour, In: Joltz man, W.H., (ed) Introductory Psychology in Depth-developmental Topics; New York: Harper's College Press P. 256.

جسمياً حتى أن المدمن ليعرف من شكله الخارجي من نحافته وشحوب وجهه واضطراب مشيته، ويساعد على هذا الضعف زيادة كمية المخدر التي يتعاطاها المدمن تدريجيا، وفقدان شهيته للطعام، وكذلك فإن للمخدرات تأثير سئ على المخ والقوى العقلية، كما يسبب الإدمان على المخدرات هبوط مستوى أخلاق متعاطيها، ويتصف بحب الذات وعدم الشعور بالمسئولية والاستهتار، وقد يصل الضعف الخلقي إلى حد اهمال الواجبات العائلية والتنكر لمبادئ الأمانة والشرف، وغالباً ما تتعدى أضرار الإدمان الشخص المدمن لتمتد الى أسرته، فقد يفقد المدمن مورد رزقه بسبب تهدم صحته ونقص كفايته الجسمية والعقلية. وهو من وجهة أخرى يفسد أسرته باعتباره رب أسرته بسبب هبوط مستوى خلقه وفقدان شعوره بالمسئولية فقد تنحل الأسرة بالطلاق.

وقد أشارت منظمة الصحة العالمية فى أحد تقاريرها أن إنتشار تعاطى العقاقير يزداد بصورة واضحة بين الأطباء والممرضات، ورجحت ذلك بأنه يرجع لطبيعة عملهم الذى يجعلهم يندمجون بين هذه الفئات ولعلمهم بالأدوية وما تجلبه من راحة، فإذا تعب أحدهم لجأ الى المخدر لكى يخفف آلامه، واذا شعر بالأرق لجأ الى منوم لكى يكف من أرقه إلى غير ذلك من الأسباب،وكذلك فالأطباء يملكون دائماً إمكانية الحصول على المخدر وكيفية استعماله.[1]

وتختلف النظرة لموضوع الإدمان بحسب تخصص العالم والباحث، فعالم الفارماكولوچى يرى أن المخدرات لها تأثيرات كميائية عميقة على جسم الأنسان، مما يجعله يستمر فى تعاطى المخدرات، ويرى علماء الاجتماع أن الضغوط البيئية والحرمان والفقر والمشاكل الاجتماعية هى

(1) Pescor M.J.,1980, "Physician Durg Addicts", In: Griffith Edward and Awin Arfith (eds), Durg Problem in the Sociocultural Context A Basis for Polices and Programme Planning. New York, Geneva. P. 164.

المسببة للإدمان، وكذلك قد يكون الإدمان ناتجاً عن توافر المخدر وعدم تحريم تعاطيه أو لأسباب خاصة بالفرد كالمرض، والأرق، أو الرغبة فى المتعة... الخ.(١)

والباحثة فى هذا البحث ترى ان الإدمان مشكلة نفسية ناتجة عن اضطرابات فى شخصية الفرد المدمن وعدم تكيفه مع الواقع المحيط به كذلك ناتجة عن ظروف اجتماعية دفعت المدمن الى اللجوء الى المخدر كمخرج له من هذه الاضطرابات.

الحجم العالمى للمشكلة :

يحدثنا التاريخ أن الانسان قد عرف المخدرات منذ العصور الأولى التى ترجع الى العصر الحجرى، حيث أستخدمتها بعض القبائل فى طقوسها الدينية وأستخدمتها كثير من المجتمعات لمعالجة بعض الأمراض كآلام المفاصل والنقرس والامساك والذهول كما عرفها إمبراطور الصين شن ننج Shen neng منذ ٢٧٠٠ سنة قبل الميلاد. وقد روى المؤرخ هيرودت منذ ٥٠٠ سنة قبل الميلاد أن قبائل الست البربرية -Scytheess- التى كانت تقطن فى شمال البحر الاسود بالباكستان أو فى القوقاز كانت تقوم بحرق حبوب القنب الهندى لاستنشاق الأدخنة المتصاعدة منه. وأن أكثر ما يلفت النظر فى ظاهرة إدمان المخدرات بأنواعها المختلفة أنها ظاهرة انتشرت فى أقدم وأعرق مجتمعات حضارية مثل الهند، والصين، والعراق،ومصر،ولم يكن شيوع الإدمان فى تلك المجتمعات ظاهرة ملازمة لتحضرها، بل تحقق الإدمان فيها بعد فترات من رقيها وغذاها تجار المخدرات من الخارج وإبان مرحلة اضمحلالها الحضارى، وقد قامت حضارة هذه المجتمعات على اكتشاف الزراعة والبناء الزراعى لنظام الانتاج، وسيادة نظام الزراعة كفيلة باحداث تغيرات جوهرية فى طبيعة

---

(١) سليمان الجندي ١٩٧١، ظاهرة إدمان المخدرات بين خطر واقع وخطر يتوقع. القاهرة: المكتب الدولي العربي لشئون المخدرات. ص ٩٩.

الانسان، فاستقرار الانسان والتزامه بالرقعة الزراعية دفعه ومكنه من تقييد علاقاته الاجتماعية ومن ضبط أكبر نزعاته الحيوانية، وقد ترتب على اكتشاف الزراعة أن أصبح الانسان لأول مرة فى تاريخه ينتج أكثر مما يستهلك وزاد لديه فائض الانتاج، وانعكس كذلك على البناء الأجتماعى، فظهر نظام الحرف والتخصص وانعكس ذلك على التكوين الاجتماعى فظهرت الطبقات الاقتصادية، ففائض الانتاج قد سمح للبعض أن يتفوقوا فى ملكيتهم إلى الحد الذى يمكنهم من استغلال الغير. ويشير تاريخ الملكية إلى أن الزراعة قد خلقت لأول مرة فى التاريخ الانسانى موقف التبعية بدلاً من العبودية وظل تأثيرها نشطاً فى ارساء نظام الطبقات الاقتصادية وتبعية الانسان مرة أخرى الى مالك مصدر الانتاج مهد إلى تكوين مجال نفسى واجتماعى مناسب للإدمان كمرض نفسى اجتماعى، كما أن النظام الصناعى فى دول أخرى قد جعل هذا المجال فرصة له ينمو من خلالها بواسطة المخدرات.[١]

ولم يكن ينظر الى مشكلة إدمان المخدرات حتى نهاية القرن التاسع عشر على أنها مشكلة دولية تتطلب اتفاقاً متعدد الأطراف، كما تستلزم عملاً جماعياً على نطاق عالمى، وكان الاعتقاد الغالب أن إساءة استعمال المواد المحدثة للإدمان كالأفيون وأوراق الكوكا والحشيش راجع إلى العادات المتأصلة لدى السكان فى بعض الأقطار مما ساعد على الاعتقاد بأن المشكلة داخلية لا تهم سوى الشعوب التى تعانى منها، ولكن بعد ذلك أستجدت بعض التطورات التى جعلت مشكلة المخدرات مشكلة عالمية، وقد شملت هذه التطورات اتساع التجارة الدولية وما أدت إليه طبيعة المجتمع الصناعى الحديث من ايجاد جو سيكولوجى ترعرع فيه الإدمان نظراً لما أسفر عنه تعقد الحياة من زيادة الطلب على المخدرات المنشطة ومشتقاتها.

---

(١) أحمد فايق ١٩٨١، الأمراض النفسية والاجتماعية - دراسة في اضطراب علاقة الفرد بالمجتمع - القاهرة: مطبعة النسر الذهبي. ص ص ٤١٤ - ٤١٥.

فإدمان المخدرات أو بيعها أو امتلاكها لا يقتصر على شعب دون غيره أو على بلد معين، ولكن ظاهرة إدمان المخدرات تفشت فى كل شعوب العالم، وأصبحت خطراً يهدد العالم بأسره، فإدمان المخدرات خطر يهدد الدول الصناعية المعتمدة على التكنولوچيا ،كما يهدد النامية التى تعانى من سؤ الأحوال الاقتصادية.

ويمكن أن نقرر بصفة عامة أن تعاطى المخدرات بأنواعها المختلفة وخاصة الأفيون ومشتقاته والحشيش وعقاقير الهلوسة والحبوب والمنبهات والمنومات التى تؤدى للإدمان سينتشر بصورة وبائية خطيرة فى النصف الثانى من القرن العشرين فى الولايات المتحدة الأمريكية لعدة مؤشرات هامة هى:

١ - تنوع المخدرات التى تتعاطاها فئات الجمهور المختلفة وظهور أنواع جديدة دائماً،فهناك تعاطى الحشيش الذى يعرف باسم الماريجوانا -Marijuana- وتعاطى الأفيون بمختلف مشتقاته وخاصة المورفين الذى يؤخذ عن طريق الحقن فى الشرايين، وكذلك الهيروين، وكذلك بعض المخدرات المشابهة للأفيون ومشتقاته فى الخصائص التخديرية ولكنها محضرة معملياً لأغراض طبية مثل:المبردين Mepridine والميثادون Meth-adon كما ينتشر تعاطى الحبوب المخدرة مثل النمبيوتال Nembutal والسيكونال Seconal، وهما ينتميان الى البارابيتيورات Barbiturates، وينتشر استعمال البنزدرين Benzdrin والكوكايين Cocaine وعقاقير الهلوسة المعروفة باسم Lesergicacid Dytheiamide (Lsd)، وظهر أخيراً نوع جديد من الإدمان بين المراهقين والأطفال هو إدمان إستنشاق المواد الطيارة الداخلة فى صناعة الصمغ الذى يعرف باسم Glue Sniffing.

٢ - التزايد المستمر فى أعداد المتعاطين الذين يتعاطون المخدرات المختلفة بين الجمهور فى الولايات المتحدة.

٣ - التزايد المستمر فى عدد مدمنى المخدرات بين الشباب والمراهقين

حيث أثبتت الدراسات أن ٦٠٪ من مدمنى المخدرات تتراوح أعمارهم بين ١٧ - ٢٥ سنة.

وبالرغم من الجهود المترامية لمعرفة عدد المتعاطين فى أمريكا، إلا أن كل البحوث والاحصائيات لم تنجح فى الحصر الكامل لعدد المتعاطين هناك، وسواء وصلت الدولة إلى تقدير دقيق أو لم تصل، فإن المشكلة متفشية فى الولايات المتحدة بصورة أذهلت الباحثين والمسئولين وجذبت إنتباههم سواء فى دوائر البوليس أو فى ميادين الطب والعلاج أو فى مجالات الشباب،والجريمة إلى ان انتهى الأمر إلى عصبة الأمم المتحدة.[1]

وقد بين الاحصاء الذى عرضه قسم المخدرات فى دورته السابعة عشر عام ١٩٦٢ أن بلاد العالم تنقسم إلى ثلاثة مجموعات هى:

(أ) المجموعة الاولى: وتتكون من ٢٩ دولة يوجد بها مدمن واحد بين كل ١٠٠٠ أو أقل من السكان وهى أعلى نسبة فى الإدمان ومن هذه الدول مصر.

(ب) المجموعة الثانية: وتتكون من ٢٧ دولة، ويوجد بها مدمن واحد بين كل ١٠٠٠ - ٥٠٠٠ شخص من عدد سكانها.

(جـ) المجموعة الثالثة: وهى تمثل باقى دول العالم ويوجد بها مدمن بين كل ٥٠٠٠ شخص أو أكثر من السكان.

وهناك التقرير الذى بعثت به الدول الأعضاء فى هيئة الأمم المتحدة إلى شعبة المخدرات تنفيذاً للاتفاقية الوحيدة للمخدرات لعام ١٩٦١، المعدلة ببروتوكول ١٩٧٢، وتشير احصائيات المخدرات من ١٩٤٧ - ١٩٧٩ إلى أن أكثر المخدرات انتشاراً فى العالم هو الحشيش الذى بلغ أعلى معدل لضبطه عام ١٩٧٩، حيث بلغت الكمية المضبوطة منه ٦٥٨١ طناً وأن أقل أنواع العقاقير انتشاراً هى عقاقير الهلوسة التى بلغ أعلى معدل

---

(١) حامد عبد السلام زهران١٩٧٧، علم النفس الاجتماعي. القاهرة: عالم الكتب ص ١٥.

لضبطها عام١٩٧٥، ١١كجم بالإضافة الى ٢٠٦٠٠٠ جرعة، كما تشير الأحصائيات إلى أن مجموعة الكوكايين سجلت أعلى معدل للتصاعد بعد عام ١٩٧١ حيث كان إجمالي المضبوط من عقاقير هذه المجموعة لا يتجاوز الطن الواحد سنوياً، ثم أخذ يتزايد بشكل ينذر بالخطر الشديد وخاصة في أمريكا الشمالية والجنوبية، وأوربا الغربية، إلى أن وصل عام ١٩٧٩إلى حوالى ٧ طن وقد وضح من الاحصائيات أن حجم مشكلة المخدرات قد زاد زيادة عظيمة فى العشر سنوات الأخيرة،وفيما يلى عرض لاتجاهات المخدرات فى كل مناطق العالم المختلفة:[١]

١ - أفريقيا :

مازال الحشيش هو المخدر المفضل لدى المتعاطين فى أغلب الدول الأفريقية ولكنه لم يعد وحده، بل انتشر تعاطى الامفيتامينات Amphetaminats والبارابيتورات Barbiturates والميثاكوالون Methacho-lon وخاصة فى المناطق الحضرية.

٢ - الدول الأمريكية :

الاتجاه الغالب فى الدول الأمريكية هو ارتفاع تعاطى الحشيش والكوكايين والامفيتامينات،والبارابيتورات، والميثاكولون، وقد زاد معدل الهيروين فى مناطق الشمال الشرقى فى القارة، وأستمر انتشار تدخين عجينة الكوكا فى بيرو وتزايد تعاطى الكوكايين في دول أمريكا الشمالية، ودلت التقديرات الأولية التى وضعتها الحكومة الفيدرالية آن عدد مدمنى الكوكايين يتراوح بين ١١ - ١٢ مليون مدمن. وقد أرتفع معدل تعاطى الحشيش بين أطفال المدارس، وما زال تعاطى الفينكلوين منتشراً بين الشباب فى كندا والولايات المتحدة الأمريكية، وقد انتشرت

---

(١) الادارة العامة لمكافحة المخدرات (١٩٨٢): التقرير السنوي. القاهرة: هيئة المطابع الأميرية. ص ١١٥.

إساءة استعمال عقاقير الهلوسة LSD في كثير من دول القارة، وكذلك انتشرت إساءة استعمال المذيبات الطيارة مثل الاسيتون والتولدين وخاصة بين الشباب فى سن المراهقة.[1]

٣ - آسيا والشرق الاقصى :

يمثل تعاطى الهيروين بين الشباب فى المناطق الحضرية مشكلة رئيسية فى بورما وتايلاند وسنغافورة وماليزيا وهونج كونج، وكذلك تعاطى المورفين، ويقبل متوسطو العمر على تعاطى الأفيون عن طريق التدخين، ويزداد تدخين الحشيش بصورة وبائية إلى حد كبير بين الشباب والطلبة فى اليابان، وكذلك زادت مشكلة الحشيش تفاقماً في الهند بين العمال ذوي الدخل المنخفض وكذلك زادت المشكلة وضوحاً فى ماليزيا، مما أدى إلى جعل وحدة العمل الوطنى التابعة لمجلس الوزراء توصى بفرض الاعدام عقوبة على من يحوز أو يحرز عقاقير مخدرة تزيد عن ٢٥جم أو أكثر.[2]

٤ - أوروبا :

استمرت الزيادة الحادة فى تفشى تعاطى الهيروين وخاصة عن طريق الحقن فى كثير من دول أوربا الغربية،وزادت الكميات المتاحة من الهيروين فى هذه الدول، وكذلك زاد الأفيون ومشتقاته. وقد تحدد عدد المدمنين فى ألمانيا الغربية بفرد إلى عشرة آلاف فرد سنة ١٩٥٣. أما فى انجلترا فقد أرتفع عدد المدمنين من ٣٥٩ سنة ١٩٥٧ إلى ١٣٤٩ سنة ١٩٦٦.

وقد زادت بالتالى أعداد الوفيات بين متعاطى الهيروين،وكانت أغلب هذه الوفيات بين الشباب. وقد شهد عام ١٩٧٩ فى المانيا الغربية ٦٢٣ حالة، وفى ايطاليا ٢٩٠ حالة، وفى سويسرا١٠٢ حالة، وفى عام ١٩٨٠

---

(1) Mc Clathim, W.G. 1975, Sociocultural Factors in Marijuana Use in United States in: Rubin V., (ed), Cannabis and Cultural. New York: Mouton. P. 131.

(2) Schultes R. E., et al, 1968, Gannabis. New York: Harvard University. P. 339.

كان عدد الوفيات ٤٩٤ حالة فى ألمانيا الغربية، وفى ايطاليا ٣٠٥ حالة وفى الدنمارك ١٥٠حالة، وفى النمسا ٥٦ حالة، وارتفع فى الدول الأوربية معدل التعاطى لأكثر من عقار واحد وفى الاتحاد السوفيتى توجد حالات متعددة لتعاطى المورفين وخاصة بين المرضى وكذلك تعاطى محدود للحشيش.

٥ - الشرق الأدنى والأوسط :

تكاد جميع دول الشرق الأدنى والأوسط تواجه مشكلة إساءة استعمال الحشيش والأفيون، فبينما ينتشر فى مصر تعاطى الحشيش، نجد أن الأفيون هو الأكثر انتشاراً فى إيران وباكستان وكذلك الهيروين الذى يعد مدمنوة فى إيران بحوالى خمسين ألف مدمن. ويقابل تدفق الأفيون من الشرق إلى الغرب تدفق المواد النفسية (الامفيتامينات، البارابتيورات، وعقاقير الهلوسة) من الغرب إلى الشرق. بالإضافة إلى تدفق حامض الخليك اللامائى من بعض دول أوربا الغربية لاستعماله فى صناعة الهيروين فى بعض دول الشرق الأدنى.

٦ - استراليا ونيوزيلندا :

قدر عدد مدمنى الهيروين المزمنين فى استراليا بحوالى ١٢٠ ألف مدمن،وقدر عدد متعاطى الحشيش بحوالى٥ ٪من السكان الذين تجاوزوا سن الرابعة عشر.وكذلك فى استراليا اتجاه نحو تعاطى مزيج من أكثر من عقار.(1)

وفى تقرير للجنة الدولية للمخدرات التابعة للأمم المتحدة يقدر عدد مدمنى الحشيش بحوالى ٣٠٠ مليون فرد عام ١٩٧٩. ويقدر فورت fort ١٩٦٥ عدد من يستخدمون المنبهات فى العالم عام ١٩٦٢ بحوالى خمسة مليون فرد، كما يقول أن هناك ١٠ مليون مدمن مخدرات ومئات

---

(1) Schaeffer, J., 1975, The Significance of Marijuana in a small Agricultural Community. Mouton: The Hauge and Paris. P. 119.

الالوف ممن يستخدمون عقاقير الهلوسة وبخاصة (LSD)[1].

مما تقدم يتضح لنا مدى تفاقم خطورة مشكلة إدمان المخدرات بصورة أذهلت كل العاملين فى هذا الميدان، وإن كان الانتشار يختلف فى توزيعه الكمى وأيضاً فى نوع المخدر المنتشر فى كل بلد إلا أن هذا لا يمانع من وجود المشكلة فى كل دول العالم من أكبر الدول تقدماً إلى أصغرها نمواً وتنمية. ولكن هذه الأرقام والاحصائيات لا تمثل عدد المدمنين تمثيلاً صادقاً، ولكن هي اثبات لما هو موجود بالفعل في قبضة رجال الشرطة وعيادات العلاج. ولكن ليس كل المدمنين بمتقدمين للعلاج وليست لديهم الرغبة فى التخلص من الإدمان، وهذا يوضح أن عدد المدمنين خارج هذه الاحصائيات ربما يضاعف هذا الرقم المحصور أو يزيد.

حجم المشكلة محلياً :

يحدثنا التاريخ أن الانسان المصرى قد عرف المخدرات منذ زمن بعيد، ففى النقوش الفرعونية التى وجدت على المقابر الفرعونية ما يثبت أن قدماء المصريين قد استخدموا الأفيون فى عمل وصفات دوائية . وكذلك كان هناك انتشار للحشيش الذى يرجع إلى القرن الثالث عشر الميلادى. ففيما يذكره المؤرخون أن الحشيش كان يعرف فى مصر بالحشيشة. وابن البيطار هو أول طبيب مصرى وصف التخدير الذى يحدثه القنب الهندى النابت فى مصر،وذكر أنه يزرع فى بساتين مصر ويعرف بحشيشة الفقراء لأن الفقراء كانوا يستخدمونه.

وترجع هذه التسمية إلى أن شيخاً من شيوخ الطرق يدعى الشيخ حيدر هو الذى اكتشف هذا النبات وأكتشف أثره على النفس وما يحدثه من سرور وبهجة، فقال به لاتباعه وأمر بكتمان أمره إلا عن الفقراء لأنه يزيل الهموم والآلام عن نفوسهم.

---

(1) Fort D. P., 1967, Drug as a Mean of Relieving Tension. New York: Holt Corp. P. 19.

وتعانى مصر من مشكلة الادمان لجميع أنواع المخدرات المختلفة منذ وقت بعيد. فمنذ سنة١٨٧٩اضطر المشرع المصرى إلى منع زراعة الحشيش واستيراده فى محاولة للاقلال من تعاطى الحشيش ، كما أنه منع زراعة الأفيون منذ عام ١٩٦٢ وكان في محاولة ايضاً للقضاء على إدمان الأفيون. إلا أن هذه التشريعات لم تمنع وجود متعاطين للحشيش ومدمنين للأفيون. وقد أضيف اليهما بعد الحرب العالمية الأولى دخول المخدرات البيضاء (الهيروين والكوكايين) إلى مصر وكان أفراد الطبقة الخاصة هم أول من تعاطوها. ولكن عدوى الإدمان لم تلبث أن انتقلت إلى الطبقات الدنيا وأصبحت تشكل كارثة لم يخلصنا منها إلا قيام الحرب العالمية الثانية وتوقف السفن التى كانت تقوم بنقل هذه المواد من مناطق انتاجها فارتفعت أسعارها ارتفاعاً فاحشاً جعل المدمنين ينصرفون عنها إلى المخدرات السوداء (الحشيش والأفيون). وفى أواخر الستينات وأوائل السبعينات بدأت ظاهرة إساءة استعمال المواد المؤثرة على الحالة النفسية أو الأقراص المخدرة التى تحدث آثاراً مشابهة لتلك التى تحدثها المخدرات الطبيعية، وقد ساعد على انتشار هذه المواد رخص أسعارها وسهولة الحصول عليها من الصيدليات وأكشاك السجائر والباعة الجائلين اذ أن استعمال أغلب هذه الاقراص لم تكن تجرمه القوانين واللوائح،ولذلك صدر قرار وزارة الصحة رقم ٣٠١ لسنة ١٩٧٦ بتنظيم تداول الأقراص وقد تمكنت إدارة المكافحة من ضبط ٥ر٢طن من أقراص الموتولون المخدرة (٦ مليون قرص)، وقد تم أيضاً فى هذا العام(١٩٧٦)ضبط ٦٩س،٨٧٩جـ، ٣٨٤٦ ك من المواد المؤثرة على الحالة النفسية.[(١)]

وفى نفس العام أيضاً تم ضبط ١٨٠٫٠٠٠ شجيرة خشخاش مقابل

---

(١) الادارة العامة لمكافحة المخدرات ١٩٨٢، التقرير السنوي. القاهرة: هيئة المطابع الأميرية. ص ص ١٥ – ١٩.

۱۲٥ر۰۰۰ شجيرة قنب هندى. وفى سنة ۱۹۷۷ تم ضبط ثلاثة ملايين شجيرة خشخاش مقابل ۲۹۰ر۰۰۰ شجيرة قنب هندى.

وفى سنة ۱۹۷۸بلغت نسبة المضبوطات من الأفيون ۸۹س، ٦۳۱جـ، ۳۸۸ك وأمكن أيضاً ضبط حوالى خمسة ملايين ونصف شجيرة أفيون، ۷۷ر۳۱۹ شجيرة قنب هندى. وكذلك تمكنت قوات المكافحة من ضبط ۹۰س، ٥۳۰جـ، ۲۲۳ر۱٦ك من المواد المؤثرة على النفس فى نفس السنة (۱۹۷۸).

وقد بلغ أيضاً عدد شجيرات الخشخاش المضبوطة فى سنة ۱۹۷۹ أكثر من مليونين من شجيرات الخشخاش و ۳۰۰ الف شجرة . وهذا العدد يقل عن شجيرات الخشخاش التى تم ظبطها قبل ذلك . أما أشجار القنب فقد زادت وأصبح عددها ٥٦۰ ألف شجرة بزيادة قدرها ۱٦۸٪ عن العام السابق. ولا زال الحشيش هو المخدر المفضل لدى أغلبية المتعاطين وقد وصل حجم المضبوط منه سنة ۱۹۸۱ حوالى ۲۰ الف كجم حسب آخر احصاء رسمى،وهى كمية تزيد عن الكمية التى ضبطت قبل ذلك بحوالى ۲۰۰۰كيلو (الفى كيلو).[1]

وبعد الحشيش تأتى المواد المؤثرة على الحالة النفسية وتمثل المركز الثانى فى قائمة المخدرات، وقد بلغت جملة المضبوطات منها حوالى ۱٦٤ألف كيلو جرام أو ما يزيد على ذلك .ثم يحتل الأفيون المركز الثالث بين المخدرات وبلغت الكمية المضبوطة منه ۱۰۳۰ كيلو جرام. وحيث أنه لم توجد احصائيات رسمية عن عدد مدمنى المخدرات فى مصر ولا فى أي دولة أخرى، نظراً لكثرة عددهم وعدم التمكن من ضبطهم، إلا أننا يمكننا التعرف على حجم المشكلة من حجم الجهود المبذولة فى مكافحة تهريب المخدرات وضبط الأوكار الخاصة بالتعاطى، والكميات الرهيبة

---

(۱) سامي أسعد فرج ۱۹۷۹، مشكلة المخدرات في مصر. القاهرة: مجلة الأمن العام. ص ۲۰.

التى ضبطها مكتب مكافحة المخدرات سواء كانت تهرب إلينا من الخارج أو كانت مزروعة فى نفس الأقليم ، كذلك المبالغ الضخمة المنفقة على حملات المكافحة وضبط المدمنين وعلاجهم ورعاية أسرهم وإنشاء وحدات صحية لرعايتهم . ويبين جدول رقم (١) النفقات التى تحملتها جمهورية مصر العربية خلال عام ١٩٧٩ ، وهذا يعكس مدى إنتشار الظاهرة وخطورتها :

جدول رقم (١)

الهيئـــة	المبلغ المنصرف بالجنيه المصري
نفقات أجهزة المكافحة التابعة لوزارة الداخلية	١ر٥٠٠ر٠٠٠
نفقات أجهزة المكافحة التابعة لوزارة الدفاع	١ر٢٦٠ر٠٠٠
نفقات أجهزة المكافحة التابعة لوزارة المالية	٦ر٠٠٠
نفقات أجهزة المكافحة التابعة لوزارة الصحة	٨ر٠٠٠
نفقات تحليل عينات المخدرات	١٥ر٠٠٠
نفقات التحقيقات والمحاكمات	٩٥ر٠٠٠
نفقات علاج وتأهيل المدمنين	١٠ر٠٠٠
نفقات الإجراءات الوقائية	٥ر٠٠٠
أثمان المخدرات المستهلكة	١٤٠ر٠٠٠ر٠٠٠
المجموع الكلى	١٤٢ر٨٢٩ر٠٠٠

وإذا نظرنا الى المجموع الكلى للهيئات المختلفة لما أنفقته فى سبيل مكافحة تهريب المخدرات لوجدنا أنه يمثل جزءاً كبيراً من اقتصاديات مصر، فهو يمثل نصف قيمة الصادرات السلعية المصرية باستثناء البترول، إذ أن كل صادراتنا الزراعية والصناعية وغيرها تصل الى ١٥٠٠ مليون جنيه، أى أن نصف المبلغ يخرج مرة أخرى مهرباً، وهو يزيد

عن مجموع ما نتحصل عليه من ضرائب على الايراد العام وعلى النشاط الاقتصادى الفردي.ومن المدهش أن متوسط دخل الفرد فى مصر لا يتجاوز ٥٠٠ دولار سنوياً ومع ذلك فإن متوسط ماينفقه الفـرد على المكيفـات يبلغ أكثر مما ينفقة على المسكن والغذاء وخصوصاً بين أصحاب الدخول المحدودة،إذ أن أسعار هذه العقاقير باهظة وتكلف الفرد أكثر من ٥-١٠ جنيهات متوسط يومى للجرعة الواحدة وهذا يفوق بكثير دخلـه العادى. مما يدفع الأفراد المدمنين دائماً إلى السرقة للحصول على المخدر.(١)

ويبين جدول رقم(٢)أسعار المواد الطبيعية والتخليقية فى عام١٩٩٧، ومقارنتها بعام ١٩٨٢:

جدول رقم (٢)

المادة المخدرة	أسعار ١٩٧٧	أسعار ١٩٨٢
أولاً - المخدرات الطبيعية:		
- الحشيش (الأقة)	٦٠٠ - ١٠٠٠ج (الجيد)	٣٧٠٠ - ٤٧٠٠ج (الجيد)
	٢٥٠ - ٣٠٠ج (الشعبي)	٢٥٠٠ - ٣٠٠٠ج (الشعبي)
- الأفيون (الأقة)	١٨٠٠ - ٣٠٠٠ ج	١١٢ ألف جنيه وكان متوسط سعره قد وصل إلى ١٣٠الف ج.
ثانياً - العقاقير التخليقية:		
- الموتولون (القرص)	٢٥ قرشاً	٧٥ قرشاً
- الريتالين (القرص)	١٠ قروش	٣ جنيهات للقرص
- الماندركس (القرص)	٢٥ قرشاً	٧٥ قرشاً
- الدورين (القرص)	١٠ قروش	٥٠ قرشاً
- كوداين فوسفات (١جم)	٥ جنيهات	٨ جنيهات
- كوداين بيور (١جم)	٥ جنيهات	١٠ جنيهات للجرام
- ماكستون فورت (١سم٣)	٥ جنيهات	٦٠ - ٧٥ جنيهاً للسم٣

(١) الادارة العامة لمكافحة المخدرات ١٩٨٣، التقرير السنوي. القاهرة: هيئة المطابع الأميرية. ص ص ٤٣ - ٤٥.

ويبين جدول رقم (٣) عدد المدمنين الذين دخلوا المستشفيات للعلاج من إدمان المخدرات .

جدول رقم (٣)

الجهة	عدد الباقين تحت العلاج	عدد الذين تم علاجهم	عدد المتقدمين للعلاج
الصحة النفسية بالخانكة	١١	٦٤	٧٥
الصحة النفسية بالعباسية	١٥	١٥٠	١٦٥
	٢٦	٢١٤	٢٤٠

وهناك ٢٠٢ مدمن مسجلين بسجلات الجمعية المركزية لمنع المسكرات ومكافحة المخدرات القاهرة. وسنعرض فيما يلى جداول توضح احصائيات باجمالى ما ضبط من مخدرات فى جمهورية مصر العربية عام ١٩٨١ :

الكميات			عدد المتهمين	عدد القضايا
ك	ج	س		
٦٩٠٣٦	٩١٦	٩٩	٨١٩٣	٧١٩٧

وستعرض الباحثة بعد ذلك لجداول تبين جملة المخدرات المضبوطة بمعرفة أجهزة المكافحة المختلفة فى جمهورية مصر العربية عام١٩٨١.[1]

(١) الادارة العامة لمكافحة المخدرات ١٩٨٣، التقرير السنوي. القاهرة: هيئة المطابع الأميرية. ص ص ٤٦ - ٧.

جدول رقم (٤)

المادة المخدره	عدد القضايا	عدد المتهمين	الكمية س	ج	ك	
حشيش	٤٨٤	٥٥٣٤	٧٧	٦٥١	٦٨٦٧١	
أفيون	٣٨٨	٤٠٣	٢٢	٢٦٥	٣٦٥	
زراعات (حشيش)	٤٣٨	٥٨٧	٢٥	٧٧١	٦٤	٦٣٨٢٩ شجيرة
زراعة خشخاش	٦٦٥	٥٣٨				٤٥١١٣٠٠ شجيرة
مواد مؤثرة على الحالة النفسية	٩٩٧	١٠٨٦	٤١	٣٧١	٢٠٧	٢٩٩٦٠ سم٢
إجمالي	٧٣٢٨	٨١٤٨				

١ - الإدمان : Addiction

إدمان المخدرات أو الكحوليات. ويقصد به التعاطي المتكرر لمادة نفسية، أو لمواد نفسية لدرجة أن المتعاطي (ويقال المدمن) يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي، كما يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع، أو لتعديل تعاطيه، وكثيراً ما تظهر عليه أعراض الأنسحاب إذا ما أنقطع عن التعاطي. وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي إلى درجة تصل إلى استبعاد أى نشاط آخر. ومن أهم أبعاد الإدمان ما يأتي:

(أ) ميل إلى زيادة جرعة المادة المتعاطاة وهو ما يعرف بالتحمل.

(ب) وإعتماد له مظاهر فيزيولوچية واضحة.

(جـ) حالة تسمم عابرة أو مزمنة.

(د) رغبة قهرية قد ترغم المدمن على محاولة الحصول على المادة النفسية المطلوبة بأية وسيلة.

(هـ) تأثير مدمر على الفرد والمجتمع.

وقد استمرت المحاولات منذ العشرينات المبكرة وحتى أوائل الستينيات لإقرار التمييز بين الإدمان والتعود Habituation باعتبار أن التعود صورة من التكيف النفسي أقل شدة من الإدمان. ولكن في أوائل الستينيات أوصت هيئة الصحة العالمية بإسقاط المصطلحين: الإدمان، والتعود، على أن يحل محلهما معاً مصطلح جديد هو الاعتماد.

٢ - اللهفة : Craving

رغبة قوية فى الحصول على آثار مخدر أو مشروب كحولى، وللهفة بعض الخصائص الوسواسية، فهى لا تفتأ تراود فكر المدمن، وتكون غالباً مصحوبة بمشاعر سيئة.

٣ - الاعتماد : Dependence

حالة نفسية،وأحياناً تكون عضوية كذلك، تنتج عن التفاعل بين كائن حى ومادة نفسية:وتتسم هذه الحالة بصدور استجابات أو سلوكيات تحتوى دائماً على عنصر الرغبة القاهرة فى أن يتعاطى الكائن مادة نفسية معينة على أساس مستمر أو دورى(أي من حين لآخر) وذلك لكى يخبر الكائن آثارها النفسية، وأحياناً لكى يتحاشى المتاعب المترتبة على افتقادها. وقد يصحبها تحمل أو لا يصحبها. كما أن الشخص قد يعتمد على مادة واحدة أو أكثر.وتستخدم أحياناً عبارة«زملة أعراض الاعتماد» باعتبارها واحدة من فئات التشخيص السيكياتري (أي الطب نفسى) لمجموعة من الاضطرابات المصاحبة لتعاطى المواد النفسية،وقد ورد ذكرها فى التصنيف الصادر عن هيئة الصحة العالمية للاضطرابات النفسية والسلوكية، المعروف باسم ICD - 10 .(WHO Dictionary 1988; Eddy et al. 1965).

٤ - الاعتماد النفسى : Psychic Depenence

موقف يوجد فيه شعور بالرضا مع دافع نفسي يتطلب التعاطى المستمر

أو الدوري لمادة نفسية بعينها لأستثارة المتعة أو لتحاشي المتاعب. وتعتبر هذه الحالة النفسية هى أقوى العوامل التي ينطوي عليها التسمم المزمن بالمواد النفسية. وفى بعض هذه المواد تكون هذه الحالة هى العامل الأوحد الذى ينطوى عليه الموقف.

٥ - الاعتماد العضوى : Physical Dependence

حالة تكيفية عضوية تكشف عن نفسها بظهور اضطرابات عضوية شديدة فى حالة انقطاع وجود مادة نفسية معينة أو في حالة معاكسة تأثيرها نتيجة لتناول الشخص أو الكائن عقارا مضاداً Antagonist. وتتكون الاضطرابات المشار إليها (وتسمى أعراض الانسحاب) من مجموعة من الأعراض Symptoms[١] والعلامات Signs[٢] ذات الطبيعة العضوية والنفسية التى تختص بها كل فئة من المواد النفسية دون غيرها. ويمكن التخلص من هذه الأعراض والعلامات بعودة الشخص أو الكائن إلى تناول المادة النفسية ذاتها أو مادة أخرى ذات تأثير فارماكولوچى مماثل داخل الفئة نفسها التي تنتمى إليها المادة النفسية الأصلية. ويعتبر الاعتماد العضوى عاملاً قوياً في دعم الاعتماد النفسي وتأثيرة في الاستمرار في تعاطي المادة النفسية أو في الانتكاس إلى تعاطيها بعد محاولات الانسحاب.

٦ - إمكانية الاعتماد (أو الإمكانية الاعتمادية) :

Dependence Potential

الخصائص التى تتوافر في أية ماده نفسية، بناء على ما لها من تأثير فارماكولوچى على عدد من الوظائف النفسية أو العضوية، وبمقتضاها يرتفع احتمال الاعتماد على هذه المادة. وتتحدد الإمكانية الاعتمادية

---

(١) الجوانب الذاتية من الاضطراب.

(٢) الجوانب الموضوعية من الاضطراب.

للمادة بناء على خصائصها الفارماكولوجية التى يمكن قياسها بإجرأت محددة على الحيوان والإنسان.

٧ - احتمالات الاعتماد : Dependence Iiability

احتمال أن تحدث مادة نفسية اعتماداً لدى الحيوان والإنسان . وعند تقدير احتمالات الاعتماد لأية مادة نفسية نأخذ في اعتبارنا الإمكانية الاعتمادية لهذه المادة مضافاً إليها عدد من العوامل غير الفارماكولوچية في الفرد والمجتمع مما يساعد على الاعتماد ، مثل الثمن الذى يتكلفه الفرد، ومدي توافر هذة المادة، والعادات الاجتماعية السائدة.

٨ - المواد المحدثة للاعتماد: Dependence Producing Drugs

مواد تتوافر فيها القدرة على التفاعل مع الكائن الحى فتحدث حالة اعتماد نفسي أو عضوي أو كليهما معاً. وقد تتناول هذه المادة النفسية في سياق طبي أو غير طبي دون أن يترتب على ذلك بالضرورة حدوث الاعتماد. ولكن بمجرد نشوء حالة اعتماد فسوف تختلف خصائصها باختلاف فئة المادة النفسية المعينة. فبعض المواد بما في ذلك المادة الموجودة في القهوة والشاي.كفيلة بأن تحدث اعتماداً بمعنى عام أو متسع جداً.ومثل هذه الحالة ليست ضارة بالضرورة. ولكن هناك فئات أخرى من المواد، التي تؤثر في الجهاز العصبى المركزى تأثيراً منشطاً ومرتبطاً، أو تحدث اضطرابات في الإدراك،أو في المزاج،أو في التفكير، أو في الحركه، ويُعرف عن هذه المواد عموماً أنها إذا استخدمت في سياق بعينه فإنها تكون كفيلة بإحداث مشكلات ذات طبيعة فردية وعامة في آن معاً. هذه الفئات من المواد من شأنها أن تحدث أقداراً كبيرة من الاعتماد وفيما يلي حصر بفئات هذه المواد:

- **فئة الكحوليات:** وتشمل جميع المشروبات الكحولية.
- **فئة الأمفيتامينات:** مثل الأمفيتامين، والدكسامفيتامين، والميتامفيتامين والميثايلفينايديت، والفينميترازين.

■ **فئة الباربيتورات:** مثل البابيتورات (خاصة ذات التأثير قصير المدى ومتوسط المدى)، ومواد أخرى ذات تأثير مهدئ مثل الكلورديازيبوكسايد (وهو المعروف بالليبريوم)، والديازيبام (وهو الفاليوم)، والميبروباميت (ويعرف باسم ميلتاون) والميتاكوالون.

■ **فئة القنبيات:** مثل مستحضرات القنب، بما في ذلك الماريوانا (كما هو معروف في الغرب)، والبانج والجانجا والكاراس (كما هو معروف في الهند) والكيف (كما هو معروف في الشمال الأفريقي)، والحشيش (كما هو معروف في مصر).

■ **فئة الكوكايين:** وتشمل الكوكايين، وأوراق الكوكا، والكراك.

■ **فئة المهلوسات** (أي محدثات الهلاوس)[1]: مثل الليسيرجايد (المعروف باسم LSD)، والميسكالين، والسايلوسيبين.

■ **فئة القات.**

■ **فئة الأفيونيات** (أو المورفينيات): مثل الأفيون، والمورفين، والهيروين، والكوداين، وبعض العقاقير المخلقة ذات الآثار الشبيهة بآثار المورفين الميثادون والبيثيدين

■ **فئة المواد الطيارة** (الاستنشاقية): مثل الأسيتون، والجازولين، وبعض المواد المستخدمة في التخدير مثل الإثير، والكلوروفورم.

■ **فئة الطباق** (النيكوتين).

■ **فئة البن والشاي** (الكفايين).

٩ - التكيف العصبي : Neuroadaptation

مجموع التغيرات العصبية المصاحبة لكل من التحمل وظهور أعراض

---

(١) الهلاوس جمع هلوسة. والهلوسة إدراك حسي لا يقابله منبه حسي ملائم. والهلوسة قد تكون بصرية أو سمعية أو شمية أو ذوقية أو لمسية. (Goodwin 1989)

الانسحاب. وفي بعض الحالات تكون هذه التغيرات مزعجة جداً كما في حالة الأفيونيات.ومن الممكن أن ينشأ «التكيف العصبي» دون أن نلحظ معه أي مظاهر معرفية أو سلوكية. مثال ذلك أن بعض مرضى الجراحات ممن يعطون مواد أفيونية لتخفيف الألم Intoxication هؤلاء يمكن أن تظهر عليهم أعراض الانسحاب دون أن يصحب ذلك أية رغبة لديهم لمواصلة تعاطي المواد الأفيونية.

١٠ - تسمم : Intoxication

حالة تعقب تعاطي إحدى المواد النفسية وتنطوى على اضطرابات في مستوى الشعور، والتعرف، والإدراك، والوجدان أو السلوك بوجه عام، وربما شملت كذلك وظائف واستجابات سيكوفيزيولوچية. وترتبط هذه الاضطرابات ارتباطاً مباشراً بالآثار الفارماكولوچية الحادة للمادة النفسية المتعاطاة، ثم تتلاشى بمرور الوقت ويبرأ الشخص منها تماماً، إلا إذا كانت بعض الأنسجة قد أصيبت أو ظهرت مضاعفات أخرى. يحدث هذا أحياناً على أثر شرب الكحوليات (فنتحدث حينئذ عن تسمم كحولي)، كما يحدث عقب تعاطي أية مادة نفسية. وتتجمع مظاهر التسمم بالتدريج. ويتأثر التعبير السلوكى عنها بالتوقعات الشخصية والحضارية الشائعة (فى رقعة حضارية معينة) حول الآثار التى يمكن أن تترتب على تعاطى مادة نفسية بعينها. وتتوقف طبيعة المضاعفات التي تنتج عن التسمم على طبيعة المادة المتعاطاة وأسلوب التعاطى.

١١ - تحمل : Tolerance

تغير عضوي (فيزيولوجي) يتجه نحو زيادة جرعة مادة محدثة للإدمان بهدف الحصول على نفس الأثر الذى أمكن تحصيله من قبل بجرعة أقل. ويمكن أن يحدث التحمل بفعل عوامل فيزيولوچية أو عوامل نفسية اجتماعية. وقد يكون التحمل عضوياً، أو سلوكياً. والتحمل العضوي

(الفيزيولوچى) عبارة عن تغير في الخلايا المستقبلية بحيث يتضاءل أثر جرعة المادة المتعاطاة حتى مع بقاء هذه الخلايا معرضة لنفس تركيز المادة. ويقصد بالتحمل السلوكي تغير في تأثير المادة المتعاطاة ينجم عن تغير في بعض قيود البيئة. ويشار بالتحمل العكسى Reverse Tolerance إلى تغير يصحبه زيادة الاستجابة لنفس الجرعة من المادة المتعاطاة.

■ **تحمل متعدٍ : Cross - Tolerance**

يشار بالتحمل المتعدي إلي انتقال أثر التحمل من المادة المتعاطاة أصلاً إلى مواد نفسية أخرى من الفئة نفسها أو من فئة قريبة.

مثال ذلك أن التحمل الذي ينشأ مع تعاطى الهيروين يمتد أثره ليشمل المورفين والعكس. كما أن التحمل الذى ينشأ مع شرب الكحوليات لا يلبث أن يصبح تحملاً متعدياً نحو فئة الباربيتورات.

١٢ - انسحاب : Withdrawal

مجموعه من الأعراض تختلف في بعض مفرداتها وفي شدتها تحدث للفرد على أثر الانقطاع المفاجئ عن تعاطي مادة نفسية معينة، أو تخفيف جرعتها، بشرط أن يكون تعاطي هذه المادة قد تكرر كثيراً واستمر هذا التكرار لفترات طويلة أو بجرعات كبيرة.

وقد تأتي هذه الأعراض مصحوبة بعلامات على الاضطراب الفيزيولوچي. وتعتبر حالة الانسحاب دليلاً على أنه كانت هناك حالة اعتماد. كما أن حالة الانسحاب تستخدم للتعريف السيكوفارماكولوچى الضيق بمعنى الاعتماد. ويتوقف منشأ الإنسحاب ودوامه على نوع المادة المتعاطاة وجرعتها قبل الانقطاع أو قبل تخفيض هذة الجرعة مباشرة. ويمكن القول إن مظاهر الانسحاب عكس مظاهر التسمم الحاد.

ويحتوى تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية «JCD 10» الصادر

عن هيئة الصحة العالمية (تحت مادة «حالة انسحاب»)على تنبيه إلي أن كثيراً من أعراض الانسحاب يمكن أن تنشأ نتيجة لاضطرابات سيكياترية لاعلاقة لها بتعاطي المواد النفسية، مثل القلق، والحالات الاكتئابية وهو ما يستوجب حرصاً خاصا من القائم على التشخيص أو العلاج.

١٣ - تعاطي المواد النفسية : Drug abuse

يشيع بين كثير من الكتاب العرب أن يستخدموا في هذا الصدد تعبير «سوء استعمال المخدرات»، وهذه العبارة ترجمة حرفية للكلمة الإنجليزية Abuse ومع ذلك فاللغة العربية تغنينا عن ذلك. فقد ورد في «لسان العرب» لابن منظور ما نصه: «والتعاطي تناول ما لا يحق ولا يجوز تناوله». وبناء على ذلك نقول تناول فلان الدواء، ولكنه تعاطى المخدر.

ويشار بالمصطلح إلى التناول المتكرر لمادة نفسية بحيث تؤدي آثارها إلى الإضرار بمتعاطيها، أو ينجم الضرر عن النتائج الاجتماعية أو الاقتصادية المترتبة على التعاطي.

ولا يستتبع التعاطي بالضرورة نشوء الاعتماد أوالتحمل.

١٤ - تعاطٍ تجريبي (أو استكشافي) :

Experimental use or abuse

عملية تعاطي المواد النفسية، في أول عهد المتعاطي بها، وهو بعد في مرحلة تجريبها لاستكشاف أحواله معها، حتى يرتب على ذلك الاستمرار في تعاطيها، أو الانقطاع عن التعاطي .

١٥ - تعاطٍ متقطع (أو بالمناسبة) : Occasional use

عملية تعاطي المواد النفسية كلما حانت مناسبة اجتماعية تدعو إلى ذلك، من هذا القبيل المناسبات الاجتماعية السعيدة، كالحفلات والأفراح، وتختلف هذه العملية في ارتفاعها باختلاف البيئات الحضارية العريضة،

كما تختلف باختلاف الشريحة الاجتماعية التي ينتمي إليها المتعاطى. ويشير التعاطى المتقطع إلى مرحلة متقدمة (عن مرحلة التعاطى التجريبى) فى ارتباط المتعاطى بالتعاطى.

١٦ - التعاطى المنتظم : Regular use

عملية التعاطى المتواصل لمادة نفسية بعينها على فترات منتظمة، يجرى توقيتها بحسب إيقاع داخلى (سيكوفيزيولوچى) لا على حسب مناسبات خارجية (اجتماعية). وتعتبر هذه العملية مرحلة متقدمة (عن مرحلة التعاطى بالمناسبة) فى تعلق المتعاطى بالتعاطى.

١٧ - التعاطى المتعدد للمواد النفسية : Multiple drug use

يشار بهذا المصطلح إلي تعاطى المتعاطى عدداً من المواد النفسية، بدلاً من الاقتصار على مادة واحدة. وقد يتعاطى هذه المواد المتعددة معاً فى وقت واحد، وقد تكون الإشارة إلى انتقاله من مادة إلى مادة أخرى عبر فترة زمنية محددة.

١٨ - مادة نفسية : Psychoactive drug

أي مادة إذا تناولها الإنسان أو الحيوان أثرت في نشاط المراكز العصبية العليا، أو ما اصطلحنا على أن نسميه (فى حالة الإنسان) بالعمليات النفسية. وقد يكون تأثير هذه المادة فى اتجاه التنشيط Stim-ulation، وقد يكون في اتجاه التخميد Sedation، وقد يكون في اتجاه إحداث بعض الهلاوس Hallucinogenic. ويستخدم أيضاً بالمعنى نفسه مصطلح إنجليزى آخر غير المصطلح الوارد في صدر هذه الفقرة وهو Psy-chotropic substance.

ويفضل بعض الكتاب الإنجليز والأمريكين تخصص المصطلح الأخير للمواد النفسية الدوائية أي التى تصنع أصلاً لتكون بمنزلة أدوية

للاضطرابات النفسية على أن يعامل المصطلح الأول كاسم لفئة عامة تشمل الأدوية وغير الأدوية من المواد التى تؤثر فى العمليات النفسية.

١٩ - مخدر : Narcotic

يشار بهذا المصطلح إلى معان متعددة ومتداخلة بدرجة تدخل الغموض والإبهام أحياناً على المقصود منه فى هذا النص أو ذاك. لذلك يتحرج كثير من أهل الاختصاص الآن فى استخدامه إلا في أضيق الحدود. ويكون ذلك فقط عند الإشارة إلى مجموعة المواد النفسية المحرمة قانوناً والواردة على سبيل الحصر في الاتفاقية الدولية المعروفة باسم «الاتفاقية الوحيدة بشأن الجواهر المخدرة، لسنة ١٩٦١»(*). أما عن هذه المواد فهى القنب ومشتقاته، والأفيون ومشتقاته، وشجرة الكوكا ومشتقاتها. وعلى أية حال فقد أسقط هذا المصطلح من نظام تصنيف الاضطرابات النفسية الصادر عن هيئة الصحة العالمية في أحدث مراجعاته، وهو المعروف باسم «ICD 10»، بينما استخدم مصطلح «المواد النفسية».

٢٠ - الاعتماد المتعدي : Cross - dependence

هذا مصطلح فارما كولوجي يستخدم للإشارة إلى إمكانية أن تحل مادة نفسية محل مادة نفسية أخرى محدثة للاعتماد ، ويكون ذلك بأن تمنع هذة المادة الجديدة ظهور الأعراض الانسحابية التي تترتب على التوقف عن تعاطي المادة السابقة عليها. مثال ذلك أنه إذا نشأ الاعتماد لدى شخص على أحد الملطفات من فئة البنزوديازيبين وتوقف عن تعاطية فإنه يكون على استعداد عالٍ لظهور الاعتماد لديه على أي ملطف آخر من الفئة نفسها.

(*) "Single Convention on Narcotic Drugs. 1961, New York: U. N. 1961".

٢١ - الجرعة الزائدة : Overdose

ينطوى هذا المصطلح على إقرار بوجود جرعة مقننة Standardized Dose، وهي الجرعة التي اعتاد المتعاطى المستمر (سواء كان الاستمرار منتظماً أو متقطعاً) أن يتعاطاها من أية مادة نفسية للحصول على النشوة الخاصة بهذه المادة. فإذا زادت الجزعة عن ذلك (لسبب ما) في إحدى مرات التعاطى فإنها تحدث آثاراً معاكسة حادة Acute Adverse Effects، وتكون هذه الآثار عضوية أو نفسية. وتكون هذة الاثار غالباً مؤقتة ثم تزول تلقائياً، لكنها قد تحتاج إلى قدر من الرعاية الطبية.

الفصل الثانى

الدراسة النظرية

- تعريف المخدرات
- نبذة تاريخية عن المخدرات
- آثار المخدرات
- الواجهة السيكولوجية للإدمان
- النظرية السلوكية للإدمان على المخدرات
- نظرية التحليل النفسى للإدمان على المخدرات
- الواجهة الاجتماعية للإدمان على المخدرات
- سمات المدمنين الاجتماعية
- دوافع التعاطى

المخدرات :

■ تعريفاتها :

قبل أن نتكلم ونخوض فى موضوع المخدرات لابد وأن نعرف أولاً ما هى المخدرات أو المادة المخدرة.. وبالرجوع إلى القانون رقم ٢١ لسنة ١٩٢٨، والقوانين الخاصة بالمادة المخدرة نجدها تحدد المواد الآتية كجواهر مخدرة:

١ - الأفيون الخام، والأفيون الطبى ومستحضراتهما التى تكون نسبة المورفين فيها ٠.٢٠ر فما فوق.

٢ - المورفين، والكودايين والديوانين وأشباه القلويات الأخري للأفيون وجميع أملاح هذه الجواهر ومشتقاتها (وضمنها الأدوية المسماة بمضادات الأفيون) المحتوية على ٠.١٠ر من الهيروين أو نسبة ٠.٢٠ر من المورفين أو الديوانين أو ٠.٨٠ر من الكودايين أو أي نسبة تزيد على ذلك.

٣ - الكوكا وأوراقها وثمارها ومسحوقها.

٤ - الكوكايين وأملاحه والنوفاكيين ومشتقاتهما وكل المستحضرات المشتملة على واحد فى الألف (٠.١٠ر) فما فوق من الكوكايين أو النوفاكيين.

٥ - الأيجونين.

٦ -القنب الهندي وجميع مستحضراته ومشتقاته تحت أي اسم تعرض به فى التجارة.

وكذلك كل مستحضر أقرباذينى يحتوي على جوهر من الجواهر المذكورة بنسبة تساوي النسبة السابق ذكرها أو تزيد عليها أي اثنين فى الألف (٠.٢٠ر)من المورفين أو الديوانين وثمانية فى الألف(٠.٨٠ر)من الكودايين

وواحد في الألف من الكوكايين ... المورفين أو الهيروين[1].

وبذلك نجد أن التعريف القانوني للمخدرات قد وصفها بأنها مجموعة المواد التي تسبب الإدمان وتسمم الجهاز العصبي ويحظر تداولها أو زراعتها أو صنعها إلا لأغراض يحددها القانون ولا تستعمل الا بواسطة من يرخص له بذلك، فالمخدر هو كل مادة تغير وظيفة أو أكثر من وظائف الكائن الحي عند تعاطيها وتؤثر على الفرد بطرق متعددة وتغير من نفسيته، انفعالاته، وعواطفه أو تتلف المجتمع[2].

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية W.H.O العقار المسبب للإدمان بأنه عقار ذو قابلية للتفاعل مع الكائن الحي، بحيث يؤدي ذلك التفاعل إلى الاعتماد النفسي أو العضوي أو لكليهما، وقد تستعمل هذه العقاقير لأغراض طبية دونما تؤدي إلى حدوث هذا التفاعل بالضرورة، وخواص حالة الاعتماد على العقار تختلف حسب نوع العقار المستعمل، فهناك من العقاقير ما يسبب التبعية الشديدة للجهاز العصبي أو الهبوط أو اختلال الادراك، والانفعال والتفكير والسلوك والوظائف الحركية. بحيث تؤدي تحت ظروف معينة من التعاطي إلى المشاكل التي تضر بحالة الفرد والمجتمع الصحية[3].

- وقد صنفت منظمة الصحة العالمية W.H.O. هذه المجموعة التي يعنيها التعريف على النحو التالي:

* - **النمط الكحولي:** الباربتيوركي Barbituratic ويشمل الخمر، البارابتورات والمهدئات مثل الكورال Coral والباربيتورات Barbitu-

---

(1) حسن فتح الباب ١٩٦٧ المخدرات سلاح الاستعمار والرجعية. القاهرة: دار الكاتب العربي. ص٧

(2) Norback J.. 1980. The Alcohol and Drug Absue-Yearbook Directory. New York: Vannorstrand. P 443

(3) World Health Organization 1977 .The Use of Cannabis. Technical Report. No 478. Geneva W.H.O P 478.

rates والماندركس Mandrex والليبزيوم .Librum والفاليوم Valum والميبرومات Mexbromates والسيكوباربيتال Sychoparbital والميثالكون والجلوتوميد Methcalone and Glotomide

٢-النمط الأمفيتاميني:الأمفيتامين Amphetamine، ديكسامفيتامين Dexamphetamine، ميتامفيتامين Metmphetamine، ريتالين Retaline، تيمنترازين Tementrizine، والميثيل فينيدات Methel Phendets والفينترازين .Phentrizine

٣ - النمط القباني: الحشيش Hasish أو الماريجوانا Marijuana.

٤ - النمط الكوكاييني: الكوكايين Cocaine وأوراق نبات الكوكا .Coca Sative

٥ - النمط الهلوسي: الـ LSD (Lesergicacid Dythelamide) والميسكالين Myscalin والزايلوسايبين Zaylosaybeen.

٦- النمط الأفيوني: الأفيون،والمورفينMorphine،الهيروين والكودايين Codine والميثادون Methadone والبيثيدين Bethedin.

٧ - النمط القاتي: نبات القات.

٨ - نمط المذيبات المتطايرة: التولوين، الاسيتون، رابع كلوريد الكربون[1].

وسوف نهتم بدراسة المخدرات المسببة للإدمان.وقد صنفت هذه المخدرات وفق آثارها وما تجلبه للفرد:

١ - المخدرات المسببة للإدمان: Drug Addicting والمسماة بالمخدرات الخطيرة وهى تميت الألم النفسي وتخلص المدمن من الكدر وليست كلها

---

(1) World Health Organization, 1967 , Services for the prevention and Treatment of Dependence on Alcohol and Other Drugs , Techn . R. Ser. No. 363, Geneva: W.H.O

منومة تخدر الأنا فينعزل الفرد عن المثير الداخلى والخارجى وينسحب إلى حالة من الصفاء أو الهدوء النرجسى وهى أنواع أهمها: الأفيون ومشتقاته وتشمل المورفين وصبغ الأفيون وصبغ الأفيون الكافوري والديلوديد والهيروين والكوكايين. وتشمل أيضاً المخدرات المركبة كالبيثيرين هيدروكليد، ميربيريدين هيدروكلوريد، والميثادون هيدروكليد. وكذلك تضم الكوكايين والحشيش.

٢ - **مخدرات معودة:** Drug dependence Preducing المخدرات المعودة، وتشمل المخدرات مسببة الإدمان بالإضافة إلى المهدئات والمنومات والمنشطات، وتشمل المنومات البارابيتيورات والبروميد والبارالدهايد والكورال هيدرات والكحول، وتشمل المنشطات الأمفيتامين سولفات (البنزدرين)، والديكسامفيتامين سولفات (الديكسورين) والفيمنيميتراين هيدروكلوريد (بريلودين) والأفيدرين، كذلك المهدئات والمنومات غير البارابيترية مثل الميثيلبنتينول والميبرومات والجلوتيميد، وكذلك الكلوروفورم والايثير.

٣ - **مخدرات محدثة للذهان** Drug Psychotogenic Hallucinogens أو المخدرات المنتجة لتهيؤات بصرية أطلق عليها ليفين Levin اسم Phantas-tica وهى الكوكايين والحشيش والميسكالين وعقاقير الهلوسة LSD والبسيلوسيبين وكلها عقاقير تحدث تغيرات فى الانتباه والانفعال والادراك الحسى وتخلق أوهاماً وهلوسات وخاصة الهلوسات البصرية التى قد تكون ملونة أو أحادية اللون وقد تأخذ أشكالاً فسيفسائية محتواها انسانى أو طبيعى[١].

بداية استخدام المخدرات :

عرف الانسان الأول طريق عيشه.. طريق الجهد والألم والعرق، وتعقدت

---

(١) عبد المنعم الحفنى، ١٩٧٨: موسوعة علم النفس والتحليل النفسى. القاهرة: مكتبة مدبولى. ص ص ٢٤ - ٢٤٣.

الحياة بعد تكاثره وانتشاره، وما نشأ عنهما من زيادة الاحتياجات وزيادة الاضطرابات النفسية والاجتماعية، وبدأ يدرك أهمية سد حاجاته إلى الراحة بعد العمل المتواصل والكفاح الشاق، وتشبعت آماله وكثرت آلامه، ولم تعد اللحظات التى يختلسها ليريح جسده المكدود تفى بما ينشده من تسرية عن نفسه، فبدأ يبحث عن جديد يخفف آلامه ويمنحه المزيد من الراحة والبهجة معاً، وانحرف به البحث إلى بعض النباتات والحشائش التى كان يستخدم سيقانها وأليافها فى صناعة الحبال، وغيرها ووجد فى ثمارها وأوراقها السلوي والراحة اللتين ينشدهما، فمنذ انفجار الحضارة وبزوغها استخدمت المخدرات كوسيلة تحدث تغيرات فى حالات الوعى والشعور، والحالات الطبيعية مثل النوم، البهجة، الرضا، التوتر، السعادة واليقظة والتنبيه يمكن للمخدرات أن تحدث تغيرات عميقة فيها وتضيف لها أبعاداً جديدة، فالمخدر يمنح الفرد طريق واحد فقط، ويتمثل هذا الطريق فى تغير حالة الفرد العقلية الذاتية إلى حالة تتفق مع رغباته، والطبيعة البشري ترمي دائماً وأبداً إلى الوصول إلى اللذة وتجنب كل ما يؤدي للألم، والمخدرات دائماً هى تلك الأداة التى كانت توفق بين اللذة والألم[1].

أولاً - الأفيون :

■ نبذة تاريخية عنه :

إن استعمال المخدرات أو اساءة استخدامها كوسيلة لتغيير الحالة الشعورية فكرة قديمة، بل هى أقدم من الزراعة. فقد ظهر فى لوحة سومرية سنة ٤٠٠٠ قبل الميلاد وصف لنبات الأفيون أطلقوا عليه اسم (نبات السعادة). وفى سنة ٣٣٠٠ قبل الميلاد جاء فى لوحة سومرية أخري وصف حصاد الأفيون. وقد استعمل قدماء المصريين الأفيون كما جاء فى بردية

(1) Belknad J.K. , 1978, Drugs and Human Behaviour , In: Joltz man , W.H. , (ed) Introductory Psychology in Depth- develomental Topics; New York: Harper,s College Press. P 258.

أبير سنة ١٥٠٠ قبل الميلاد حيث أشاروا إلى دواء يمنع الأطفال من الافراط في البكاء، ويشير هوميروس في الأوديسا إلى استعمال الأفيون لإزالة الكرب والضيق. وكان تمثال النوم عند الاغريق (هيبنوس) ونفس الاله عند الرومان (سومنوس) مزيناً بنبات الخشخاش، وفي أساطير الرومان كان سومنوس يسكب عصيراً من وعاء في عيني النائم، وقد استعمل جالينوس الطبيب الاغريقي الأفيون بكثرة لعلاج الصداع والدوخة والمغص والحمى والجزام وأمراض أخري كثيرة، ويشير جالينوس إلى أن الأفيون كان يمزج بالسكر ويباع في الشوارع للناس لاستخدامه من أجل الترفيه. ويشير المؤرخون إلى أن الامبراطور الروماني ماركوس أوريليوس كان مدمناً على الأفيون وعاني من أعراض الامتناع.

وقد استعمل العرب الأفيون ووصفه البيروني في كتابه سنة ١٠٠٠ بعد الميلاد، كما وصف أعراض الإدمان عليه، وقد برع ابن سينا في استخدامه في العلاج.

وقد ذكر الأفيون ضمن الأقراص الطبية للآشوريين في القرن السابع قبل الميلاد وتردد ذكره ٤٢ مرة ضمن ١١٥٠ عقاراً طبياً جميعها من أصل نباتي. وكذلك عرف الأفيون كدواء في أوروبا في عصر المسيح، وكان الطبيب الأوروبي باراسلوس قد استخدمه في العلاج سنة ١٧٠١، وفي القرن الثامن عشر قال الطبيب الانجليزي المشهور توماس سيدنهام «ان علاج الأمراض مستحيل بدون الأفيون»، وكان يستخدم على شكل سائل مركب سماه لاندوم Landoum وقد بدأ الاكلينكيون الأوربيون باستعمال اللاندوم طبياً بنفس الصورة الطبية المنتشرة حالياً[1].

وهكذا يبدو لنا أن استعمال الأفيون قد بدأ منذ العصور الأولى لوجود الانسان وقد انتشر استخدامه أكثر بتزايد حاجات الانسان وانتشار

---

(١) الأمم المتحدة ١٩٧٦، مكافحة اساءة استعمال المخدرات. نيويورك: چينيف.ص ص ٢٦ ، ٢٦٨.

الحروب حيث سئم الناس حياة الجد والعمل فى أيام الحروب المفزعة، فلجأوا إلى المخدرات ملتمسين الراحة والخمول وعدم التفكير فى سوء حالتهم فجعلوا المخدرات غذاء لنفوسهم ودواء لأمراضهم وأكسير لحياتهم، وزاد انتشار استعمال الأفيون إلى أن أصبح اساءة استعماله خطراً اجتماعياً واقتصادياً رهيباً يهدد معظم الدول وبخاصة الدول النامية.

تعريف الأفيون :

يذهب معظم الباحثين إلى أن كلمة أفيون مشتقة أساساً من كلمة Opi-um اليونانية ومعناها العصارة. وقد عنى الكثيرون بتحليل هذه العصارة، فوجدوا من خواصها وهى طازجة أنها مادة لزجة راتنجية مطاطة خفيفة اللون، تصبح بعد فترة صلبة ذات لون بنى يميل إلى السواد ،طعمها حريف مغث ورائحتها قوية منومة، أما تركيبها الكيماوي فيعرف بأنه يحتوي على أربع عشرة مادة: منها القلويات وغير القلويات والأحماض العضوية وأملاح الزيوت، ويتم الحصول على الأفيون من الثمار غير الناضجة لشجرة الخشخاش المعروفة باسم Paversomniferum أي زهرة النوم وطريقة الحصول عليه تتلخص فى إحداث خدوش فى الثمار غير الناضجة فيخرج منها السائل الأبيض الذي يتحول بعد ذلك إلى مادة بنية مطاطة هى الأفيون[1].

الآثار الخاصة بالأفيون :

قررت الدراسات أن آثار الجرعة الواحدة ١٠ ملجم للأفيونات تسبب أعراض المنع، وتسبب الخمول وتسكن القلق، وقد قرر بعض المفحوصين أنهم يشعرون بتشويش عقلى وندرة فى الإثارات، وعدم زيادة فى الرغبات الجنسية، بالرغم من القوة الجنسية التى يجلبها المخدر عن طريق اطالة مدة الجماع. ويشعر المفحوص بضيق فى التنفس وانخفاض درجة

(1) World Health Organization 1978, Expert Committe on Drug Dependence. Techn. R. Ser. No. 618. Geneva: W H.O. PP. 7 -9.

حرارة الجسم، واكتئاب، وتنتهي هذه الحالة بعد ٤:٦ ساعات، أما في حالات الإدمان فإن الآثار تكون أكثر قوة وتكراراً فيزداد الخمول والقلق والضيق في التنفس والدوار وانخفاض حرارة الجسم، ويظهر الهزال بمعدلات سريعة، والتشنج اللاارادي للعضلات، والامساك الحاد ويقل افراز هرمون قشرة الغدة النخامية Atch وتنتهي الاهتمامات الجنسية ويصبح الذكور ضعافاً جنسياً وينتهي الطمث عند النساء[1].

وقد وصف بريشر Brecher الآثار المباشرة لتعاطي الأفيون لأول مرة من خلال ملاحظاته الاكلينيكية بأنها شعور بالأسترخاء والراحة والنشوة مع شعور بالدوار قليل ورغبة شديدة في النوم، وهبوط في جميع العمليات الفسيولوچية نتيجة للهبوط العام في الجهاز العصبي المركزي، واحتقان أوعية المخ الدموية، وضعف شديد في الاحساس بالألم، وبطء في حركة المعدة والأمعاء مع تقلص شديد في عضلاتها ينتج عنه فقدان للشهية والامساك. ويحدث انخفاض شديد في الرغبة الجنسية، وإدمان الأفيون يؤدي إلى حالة من الاعتماد الجسمي تسبب أعراضاً جسمية شديدة في حالة الامتناع عن تعاطيه،منها الشعور بالقلق والتوتر والخوف والانقباض وحدة في المزاج،ونوبات متكررة من التثاؤب مع اتساع حدقة العين وزيادة في افراز الدموع من العين والمخاط من الأنف،وتستمر هذه الإفرازات حتى في حالة نوم الفرد، ويتضح العرق الغزير مع إسهال شديد وقيء وفقدان للشهية وارتفاع في درجة حرارة الجسم مصحوب بشعور بالبرودة.

وقد حدد بريشر Brecher الآثار الدائمة لإدمان الأفيون على شخصية المدمن بالآتي:

١ - التوتر الشديد والعصابية والحساسية الزائدة لأي مؤثر مهما كان صغيراً.

---

(1) Mehr J., 1983 Abnormal Psychology, New York: Winston and Haltrinehart. PP 240 - 241.

٢ - عدم القدرة على التكيف مع متطلبات الحياة، وعدم التوافق مع أفراد المجتمع.

٣ - عدم الاكتراث بمشاعر الآخرين والانحلال الخلقى.

٤ - ضعف الانتاج وعدم القدرة على العمل.

٥ - يصبح المدمن غير عابىء بما يدور حوله من أمور وتسيطر عليه اللامبالاة.

فالأفيون يغير من أخلاق الشخص وعاداته وسلوكه الشخصى من سيىء إلى أسوأ، ويضطرب جهازه الهضمى وسرعان ما يفقد ارادته ويصبير سريع التأثر قريب الغضب، ثم تتدهور أخلاقه لتؤدي به إلى الجنون، ويعانى المدمن عند الامتناع عن المخدر من آلام المنع المفزعة سواء كانت جسمية أو نفسية وقد ينتهى إدمان الأفيون بصاحبه إلى الجنون[1].

وقد أوضح هل وهرتزن وجلسر Hill, Haertzen and Glaser أن مدمنى الأفيون يتصفون بشخصيات سيكوباتية، وأن المراهقين المدمنين للأفيون يتفق أدائهم لاختبار M.M.D.I. (اختبار الشخصية المتعدد الأوجه) مع أداء الأحداث والمنحرفين غير المدمنين، ويزيد عنهم فى مقياس السيكوباتية، وأن هؤلاء المدمنين لا يشاركون فى الأنشطة اليومية لمجتمعهم ويتصفون بالقلق والكبت والاكتئاب، كما أنهم غير قادرين على حل مشاكلهم اليومية[2].

طرق تعاطى الأفيون :

طرق تعاطى الأفيون متعددة ومنها:

(1) Kimble G. A., and Others. 1980, Principles of General Psychology. New York: John Wily. PP 114 - 115.

(2) Hill, Haertzen and Glasser. 1972, Psychological Aspects in Durg Addiction, In: David L. Silis (ed) International Encyclopedia of The Social Sciences, (Vol 3 and 4) New York: The Free Press. PP 98 - 100.

١ - التدخين بمفرده.

٢ - يدخن فى السيجارة أو الجوزة.

٣ - الاستحلاب تحت اللسان.

٤ -يبتلع مباشرة مع قليل من الماء، ثم يشرب بعده فنجان من القهوة.

٥ - يوضع فى بعض المشروبات الساخنة آثناء إعدادها (كالشاي أو القهوة)[١].

وسوء الاستعمال الأكثر شيوعا للأفيونات يشتمل على الأفيون نفسه ويحتوي على ١٠٪ مورفين Morphine وبعض مشتقاته مثل الكودايين Coadaine وديثيلمورفينDiacetylmorphine والهيروين Heroin، وديدروفورفين Dedrofarphie والديلوديد Delodead والديدروهيدروكسودرين Dedro Hy-droksodine والايكودال Ecodale وعدد كبير من المحاليل المركبة مثل المبردين Meprdine والبيثيدين Pethedine والديمورال Demoral والدولانتين Dolantineوالكيتوبيميدون Qitobimidon والميثادون Methadon والدولفين Dolophine والأميدون Amedone والديسكتومومميد Dexitomomide[٢].

أهم مشتقات الأفيون :

(أ) المورفين : Morphine

هو أقوي مكونات الأفيون فعالية، وتبلغ نسبة المورفين نحو ١٠٪ فى المتوسط فى الأفيون. ويصنع المورفين من الأفيون أو يستخرج مباشرة من قش الخشخاش (ثمار الخشخاش المجففة مع الأجزاء العليا لسيقانه بعد حصده). والمورفين قلوي كريستالى أبيض ويعد أقوي مانع للألم عرفه

(1) Fith E. and Awine 1980, Durg Problem in The Sociocultural Context. A Basis for Polices and Programme Planning, New York: Geneva. P 200.

(2) Zhukovski and Azilevskayi 1975, Opium Popy. Newdelhi: Amerind Publishing Co. PVT, LTD. PP 21.

الانسان ولا يوجد ألم يعجز عن انهائه. وتقاس قوة أي عقار صناعى مانع للألم إلى قوة المورفين، ويؤثر المورفين بصورة رئيسية على الجهاز العصبى المركزي وعلى الأحشاء، وقد استخدم لعدة قرون لعلاج الاسهال من قبل أن يستخدم لازالة الألم. وينتج المورفين عادة تأثيرات مخدرة تحتوي على عدم الاحساس بالألم والخمول، والتغيرات فى المزاج[١].

واذا أعطى المورفين لشخص لديه بعض الآلام فإن الألم يختفى، وإذا أعطى المورفين لشخص ليس عنده آلام فإنه قد يشعر ببعض الأحاسيس غير السارة مثل الاحساس بالقلق أو الرعب دائماً، ويصاحب ذلك شعور بالغثيان والقىء. وتتكون تأثيرات المورفين العقلية من الخمول وعدم القدرة على التركيز،ولذلك فإن المورفين يسبب البلادة وتقليل فى النشاط الفسيولوچى العام للفرد، ويقلل حدة الابصار، ويصعب التفكير المنظم، ويبدأ الاعتماد الفسيولوچى على المورفين فى الظهور مبكراً[٢]. والتأثير الأساسى للمورفين هو زيادة التأثير الكفى (المانع) لقشرة المخ على مراكز الاحساس بالثلاموس، ومن ثم يقلل الشعور بالألم ويتنبه الجهاز الباراسيمبثاوي بالمورفين مما يؤدي إلى ضيق حدقتى العين وبطء النبض، وزيادة اللعاب، ويميل لإدمان المورفين بعض الشخصيات المميزة مثل الفصاميين ومضطربى الشخصية، وتظهر على الفرد سريعاً علامات الإدمان فنجده ضعيف البنية واهن الجسم، فاقد الشهية، ضيق فى حدقتى العين، ولديه اختلجات فى الأطراف، وضعف جنسى واضح، ثم تبدأ الأعراض العقلية فى هيئة تدهور خلقى،واضمحلال اجتماعى.[٣]

وتهدف معظم الدراسات التجريبية إلى شرح أثر المورفين على الانسان

---

(1) World Health Organization 1973, Expert Committe on Dependence, Tech, R. Ser. No. 516. Geneva: W.H.O.

(2) Oakely S., Ray, M., 1974, Durg Society and Human Behaviour, Santi Louis: The C. V. Mosby Company. P 100.

(3) Okasha A., 1977, Clinical Psychiatry, Cairo: Egyptian Book Organization. P 417.

وبخاصة آثاره التخديرية أو المسكنة. وقد بين هل Hill أن المورفين يرفع قدرة تقدير الألم، إذ أنه يزيد عنده الاحساس بالألم، وبقياس زمن الرجع للمثيرات البصرية لدي مدمنى المورفين، وجد أن المورفين يزيد زمن الرجع البصري بصورة ذات دلالة عالية.

وقد لخص كل من ويكس وكولينز Weeks and Collins بحوثهم التى أجروها على مجموعة من الفئران، فوجدوا أن الفئران قد تعلمت طريقة الحقن الذاتى للمخدر، ذلك بأنهم كانوا يحقنون أنفسهم بالمخدر عندما يشعرون بآلام الانقطاع عن المخدر، كما أنها كانت تزيد حجم الجرعة عندما يقل حجمها عن النسبة التى اعتادوا عليها، أو يكرروا الحقنة أكثر من مرة. وعندما توقف اعطاء حقنة المورفين فإن الفئران قد فقدت حوالى ١٥ - ٢٠٪ من أوزانها وكانت هناك زيادة واضحة فى استثارتهم. وفى دراسة أخري على الانسان وجدوا أن للمورفين أثر على الجهاز العصبى ويحدث نقص فى القوي العقلية العامة، ويثير الخيال، ويقلل الاستجابة للأحداث الخارجية، وينسى الفرد همومه، ويسبب النعاس. وعند التوقف عن المخدر يصبح الفرد بليداً، متأرقاً، غير قادر على تركيز أفكاره وتنحل أخلاقياته، ويحدث عنده زيادة فى الهلوسات والانعكاسات، وتحدث هذه الانعكاسات من انتقال فعل المخدر المهبط للحبل الشوكى[١].

ويصاب من يتعاطى المورفين بالهياج العصبى، والاكتئاب وانحراف المزاج. ومن آثاره أيضاً الغثيان والقيء وانكماش بؤرة العين وازدياد قوة انعكاسات النخاع الشوكى والتشنجات وتقلص عضلات المعدة والأمعاء، وتقلص القنوات المرارية والشعب الهوائية ويسبب المورفين الاعتماد النفسي والعضوي بعد فترة تتراوح من ٤:٣٦ ساعة[٢].

---

(1) Teasdal J. D., 1973, Durg Dependence, In; Eysenck (ed) Habdbook of Abnormal Psychology, London, Pittman Medical. P 104.

(٢) سعد جلال ١٩٦٨، اسس علم النفس الجنائي. القاهرة: دار المعارف. ص ٣٨٩.

وبالنسبة لأثر المورفين على الناحية الجنسية فقد وجد شيفرز Shefres في بحثه أن النشاط الجنسى عند القردة المدمنة على المورفين يضعف، ثم ينشط عند منع المخدر. ووجد تميري وويلين Temery Welline أن الحرمان من المخدر عند الرجال يؤدي إلي استمرار الانتصاب وتكرار القذف، بينما يحدث للنساء لذة جنسية تلقائية. وبين سبراج Sprag إن المورفين يعمل كمنبه جنسى فى ذكور الشيمبانزي اذ بعد تناول الجرعة يحدث لها انتصاب جنسي، وتمارس العادة السرية أو تندفع للأداء الجنسى مع الاناث. ثم تأخذ الرغبة الجنسية والقدرة على اتيان العملية الجنسية فى الضعف تدريجياً حتى يحين موعد الجرعة التالية(١).

فغالباً ما يسبب المورفين زيادة فى النشاط الجنسي باطالة مدة الجماع وسرعان ما تتلاشى هذه الزيادة وينتاب الفرد السرعة فى القذف وبسبب الإدمان المستمر على المورفين فقد الرغبة الجنسية ثم الضعف الجنسى.

طرق تعاطى المورفين :

١ - غالباً ما يؤخذ بالحقن تحت الجلد.

٢ - يؤخذ على هيئة أقراص بها نسب مختلفة من المورفين(٢).

(ب) الهيروين : Heroin

واسمه العلمى هو دياستيل المورفين أو الديامورفين Dehystilmorphine وقد اكتشفه هنريس دريسر العالم الألمانى سنة ١٨٨٩، وكان يبحث عن قاتل للألم له قوة المورفين وغير قابل للإدمان.

والهيروين عبارة عن بودرة بيضاء لا رائحة لها متبلورة، مرة المذاق تذوب فى الماء. وقد سميت هذه البودرة بالهيروين مشتقة من الكلمة

---

(١) سعد جلال ١٩٦٨، اسس علم النفس الجنائي. القاهرة: دار المعارف. ص ٣٩١.

(2) Fith E. and Awine 1980, Durg Problem in the Sociocultural Context, A Basis for Polices and Programme Planning, New York: Geneva. P 21.

الألمانية Heroisch بمعنى بطولي، ولم يكتشف الأطباء أن الهيروين أسرع وأقوي فى إدمانه من المورفين الا بعد اثنتى عشر سنة من استعماله، فإن أربعة ملليجرامات من الهيروين تساوي فى تأثيرها عشرة من المورفين. كما أن الجرعة المتوسطة للمدمن عادة ما تساوي أربعة من المليون من وزن الجسم إلا أن تأثيرها فوق الاحتمال وعند تعاطي الهيروين فإن الجسم يحوله إلى مورفين، والمورفين هو المسئول عن التأثيرات الفارماكولوچية للهيروين(١).

ويقرر جاف Gaff أنه عند اختبار جماعةٍ من المدمنين على التمييز بين المورفين والهيروين فى حالة حقنها تحت الجلد، فإنهم لم يستطيعوا التمييز بين الأثنين، ولكنهم تمكنوا من التمييز فى حالة الحقن بالوريد. وعلى الرغم من قوة الهيروين إلا أنه لايحدث انتشاء للمدمنين أكثر مما يحدثه المورفين. ويتصف مدمنو الهيروين أنهم يعانون من عجز نفسى أو شخصى، فمدمنى الهيروين يتصفون بالاحباط، مصابين بالبارانويا، اتكاليين، متمردين، يهربون من الواقع، سيكوباتيين، عدوانيين، ومعظم هذه النتائج مستمدةَ من الملاحظات الاكلينيكية(٢).

والهيروين غير مسموح باستخدامه حالياً طبياً فى الولايات المتحدة الامريكية وخمسين دولة أخري إلا أن فى فرنسا وايطاليا وانجلترا يستخدمونه فى هذه الأغراض، وعندما تعاطى الهيروين فإن له ارجاعات شديدة وهى تتكون من الأخيلة والاحساس بالقوة والسعادة والميل إلى النوم، كما أنه يقلل من الرغبة الجنسية. وقد تؤدي الآلام الناتجة من منع المخدر إلى ارتكاب الجرائم كالسرقة والكذب أو العنف وأعمال القوة.

ويتميز مدمنى الهيروين باضطرابات فى الشخصية مع سلوك سيكوباتى

---

(1) World Health Organization 1975, Expert Committe on Drug Dependce, Techn R. Ser. No. 560. Geneva: W.H.O.

(2) Marlatt G. A., Rose F., 1980, Addictive Disorders, In: Alan S. Bellack and Michel Hereson (eds.), New Perspective in Abnormal Psychology, New York, University Press. P 315.

وتدهور اجتماعي وأخلاقي مع فشل مستمر في العمل[1].

وينتشر استخدام الهيروين بين المراهقين والشباب الذين يتعاطونه من باب التجريب أو التسلية أو مجاراة الرفاق. والهيروين من المخدرات التي تسبب الإدمان بسرعة اذ يؤدي تعاطيه المنتظم لمدة أسبوع واحد فقط إلى الإدمان. ومن علامات الإدمان المميزة، التحمل أو الحاجة لزيادة الجرعة بصورة مطردة، والرغبة الملحة في الحصول على العقار بأي وسيلة، وفقدان الشهية، الهزال، والضعف الجنسي، واضطراب الدورة الشهرية عند الإناث، وتقيح الجلد، وتسمم الدم، والتهاب الكبد أو غشاء القلب المبطن، والاصابة بالزهري والأمراض المعدية[2].

ويصاب مدمنو الهيروين بالتسمم والوفاة نتيجة جرعة زائدة بطريق الخطأ أو لمحاولة الانتحار ممن يئسوا من الحياة أو لتسممهم بالشوائب السامة التي يخلطها التجار بالهروين. وتسبب هذه المركبات هبوط التنفس أساساً، ثم فشل الدورة الدموية، وتبدو على المتسمم علامات النعاس أو الغيبوبة وبطء التنفس وانكماش بؤرة العين. وتشير معظم الدراسات إلى انتشار الهيروين بين الشباب ومعتلي الشخصية. ويبدأ الإدمان بالسعي وراء النشوة أو تخفيف الألم. ويستمر بعض الأشخاص في التعاطي لسبب أو أكثر، ثم بعد ذلك يندفع المدمن في التعاطي لتجنب أعراض الامتناع المزعجة[3].

وفي دراسة لتشيزك Shesek أعطى المخدر في الوريد لـ٤٢ من مدمني الهيروين، فقرروا جميعاً حيث تشابهت احساساتهم بالآتي: احساس

---

(1) Anslinger H. J., and W. F., Tampking, 1966, The Murders, New York: Avonbooks Dinision. P 79.

(2) Fort P. J., 1980, Heroin Addiction Among Young Men, New York: Geneva. P 77.

(3) Rathod H.N.. 1968, Prevelance and Early Detection of Heroin Abuse. New York: Geneva. PP 549 - 551.

بالهلوسات مع تباطؤ فى ادراك الزمن، وتركزت معظم الاحساسات الجسمية فى المعدة، وتركزت الخيالات حول الأم، وخففت حدة الدوافع الجنسية والعدوانية ويضعف الدافع الجنسي[1].

(جـ) الكوكايين : Cocaine

شجرة الكوكايين شجيرة ذات أوراق دائمة حمراء. والكوكايين هو أهم مادة قلوية لورق الكوكا. وقد عرف الكوكايين عن طريق هنود الأنكا منذ ٥٠٠ سنة قبل الميلاد. وتقول الأساطير الهندية إنه إذا استطاع رجل يعانى سكرات الموت أن يستطعم مذاق أوراق الكوكا، وذلك بضغطها بين شفتيه، فإن روحه تدخل الجنة. وفى أمريكا الجنوبية يحمل الهنود الحمر أوراق الكوكا عندما يتقابلون كعادة من عادات التحية والاحترام. ويعتبر الكوكايين من أهم المخدرات البيضاء وأخطرها أثراً على الفرد. وتشير التقديرات المبدئية أن ١٠ ملايين أمريكى يتعاطون الكوكايين بانتظام، كما يتعاطاه وحوالى ٢٠٪ من الشباب الذين تتراوح أعمارهم من ١٨ - ٢٥ وذلك في سنة ١٩٧٩.

وعرفت أوروبا الكوكايين فى منتصف القرن التاسع عشر حين قدم الصيدلى الفرنسى أنجلومارياني أوراق الكوكا للجمهور سنة ١٨٥٦، وبعد ذلك أصبح الكوكايين يباع فى الصيدليات بدون روشتات طبية، على شكل نقط للأنف ودواء للزكام، لأنه كان يخفف من انسداد الأنف. وساد انتشار واسع للكوكايين مما دفع التشريع سنة ١٩٠٦ فى الولايات المتحدة الامريكية بمنع صرف هذا العقار إلا فى روشتة طبية. وعرفت مصر الكوكايين أثناء الحرب العالمية الثانية،وزاد انتشاره فى هذه الفترة نتيجة للاستعمار الذي أحضره معه من الغرب. وبالرغم من التشريعات الدولية

(1) Rathod H.N., 1968, Prevelance and Early Detection of Heroin Abuse. New York: Geneva. P 553.

التى وضعت لمحاربة الكوكايين إلا أنه قد ساد فى بلدان كثيرة وأصبح انتشاره خطراً شديداً[1].

آثار الكوكايين :

الكوكايين منبه قوي للجهاز العصبى المركزي، ويتجلى أثره المنشط فى حالة الإدمان فى حالة تهيج شديدة،وطلاقة اللسان،وقلة الشعور بالتعب، ويثير شعوراً بالسرور وقوة عضلية كبيرة. وتلى حالة التهيج مرحلة انهيار، وإذا زادت كمية الكوكايين فإنها تثير حالة ذعر ومخاوف وهذيان وتخيلات (دليل مميز للجنون الهذائى) تثير فى بعض الحالات تصرفات عدائية ضد المجتمع[2].

وينشط الكوكايين الجهاز العصبى السيمبثاوي فيسبب اتساع حدقة العين، شحوب الوجه، سرعة ضربات القلب، ومناعة ضد التعب ودقة فى الأفكار واتخاذ القرارات، وإثارة الرغبة الجنسية، وينتشر استخدامه بين الشخصيات السيكوباتية، ويسبب إدمانه ذهان كوكاييني يتميز بما يلى:

١ - هذيان تحت الجلد مع تقلبات مزاجية، أرق، كثرة الحركة، هلوسات سمعية، خداعات أثناء النوم.

٢ - هلوسات حسية: وتميز هذه الهلوسات ذهان الكوكايين حيث يشعر المريض بسير حشرات مثل الديدان أو النمل أو البق على جلد يديه مع الاحساس بوجود أجسام غريبة تحت الجلد.

ويتميز المدمن بوجود قرح على أغشية الأنف الداخلية، ويؤدي الإدمان إلى إنهيار الحالة العقلية[3].

---

(1) Department of Health and Education and Welfare 1977, Cocaine-Washington, Research Minography No. 13.

(2) Marlatt G.A., Rose F., 1980, Addictive Disorders, In: Alan S. Bellack and Bellack and Michell Hereson (eds.), New Perspective in Abnormal Psychology, New York, University Press. 319.

(3) Okasha A., 1977, Clinical Psychiatry, Cairo: Egyptian Book Organization. P. 419.

وتختلف آثار الكوكايين فى بداية التعاطى عن الإدمان، ففى بداية التعاطى يثير كل القدرات العقلية، ويجعل لدي الفرد قوة جسدية. وقد قرر أحد المتعاطين أنه يستمر بدون نوم لمدة ٧٢ ساعة مستمرة عندما يكون تحت تأثير المخدر، ولكنه ينهار بعدها ويحتاج إلى كمية أكبر من المخدر لكى تساعده على النعاس. وينتج من الإدمان التعب الجسمى وضعف مستوي الذكاء فى كل اختبارات الذكاء، وعدم القدرة على تحمل المسئولية والافتقار إلى الحيوية والمبادأة واختلال التوازن النفسى، ويبدو المدمنون مجهدو الأعين، ويفرزون الدموع باستمرار والعطس والتثاؤب، والقيء والاسهال الذي يكون ممزوجاً بالدم، ونقص فى الوزن، ونسيان وانهاك وتشويش عقلى، واندفاع فى النبض وأرق وتشنجات فى العضلات الطرفية، ويكون الجلد جافاً وشاحباً ومصفراً، وتنتاب المدمن آثار سيئة فيفكر فى الانتحار وينتابه الجنون[1].

طرق التعاطى :

الطريقة المتكررة هى شم العقار[2].

(د) الكودايين : Codaine

وهذا العقار ليس فى خطورة المورفين، وهو يستخدم طبياً للتقليل من الاحساس بالألم، كما أنه يدخل فى معظم أدوية الكحة، ويؤدي تعاطيه المتكرر إلى الإدمان ويسبب ادمانه اعتماد جسمى ونفسى عليه.

ثانياً - الحشيش :

- **نبذة تاريخية عنه :**

من المخدرات التى لها شهرة واسعة وانتشاراً كبيراً فى الشرق والغرب

---

(1) Mule S. J., and Brill H., 1974, Chemical and Biological Aspects of Heroin Dependence Ohio: CRC Press. P 142.

(2) Fith E. and Awine, 1980, Drug Problem in the Sociocultural Context, A Basis for Polices and Progamme Planning, New York: Geneva. P 20.

الحشيش Hasish أو الماريجوانا Marijuana. وقد وردت أول اشارة عن لحشيش فى كتاب صيدلة ألفه الامبراطور الصينى شنج يانج Sheng Yeng سنة ٢٧٣٧ قبل الميلاد، وسمى كتابه (المحررين الآثام) وكان له فى رايه فوائد طبية متعددة. وكلمة كانابيس Canabis يونانية الأصل، وتعنى الضوضاء ولعلها اشارة إلى الأصوات المركبة التى يحدثها المتعاطون. وقد أطلقت كلمة حشاشين فى الأصل على طائفة من الاسماعيلية عاشت مع زعيمها حسن بن صباح فى قلعة الموت بين أواخر القرن الحادي عشر وأوائل القرن الثانى عشر فى الجبال فى شمال إيران، ويقال إنه كان يحث مريديه على تعاطى مزيج من الحشيش والداتورة، والأفيون، ثم يتركهم بصحبة الفتيات فى بستان جميل، ثم يوحى لهم وهم تحت تأثير المخدر أنهم يرون الجنة ومتاعها وسوف يدخلونها إذا نفذوا أوامره، ثم يأمرهم باغتيال خصومه(١).

وقد عرف المصريون القدماء الحشيش، كما عرفه الآشوريين والفرس والهنود والصينيون. وقد وصفه هوميروس فى الأوذيسا باسم (نبينتى) وكذلك ذكره المؤرخ اليونانى بلينى، والطبيب الرومانى جالينوس، وابن البيطار وهو أول طبيب وصف التخدير الذي يسببه الحشيش الذي كان يزرع فى بساتين مصر وذلك قبل القرن الثالث عشر الميلادي، وانتشر الحشيش فى مصر واليونان وتركيا فى القرن الخامس عشر الميلادي.

ورويت أحاديث شتى عن أول من عرفه ومنها رواية المقريزي وقد جاء فيها: «كان شيخ للفقراء يدعى حيدر كثير الرياضة قليل الطعام، نشأ بخرسان، واتخذ زاوية بأحد جبالها ومعه جماعة من الفقراء، وأقام أكثر من عشر سنين لا يدخل عليه إلا رجل واحد منهم، ثم خرج إلى البرية فى يوم شديد الحر، وعاد وقد علا وجهه نشاط وسرور فأذن لأصحابه بالدخول

---

(١) الأمم المتحدة (١٩٧٦): مكافحة اساءة استعمال المخدرات. نيويورك: جنيف. ص ص ٢١ - ٢٢

عليه فسألوه عن هذا الحال الذي صار إليه، فقال خطر ببالى الخروج إلي الصحراء فخرجت ، فوجدت كل شيء من النباتات ساكناً لا يتحرك لعدم وجود الريح ومررت بنبات مورق فرأيته يميل بلطف ويتحرك كالثمل النشوان، فجعلت أقطف منه أوراقاً وآكلها فحدث عندي من الارتياح ما ترون». فأكلوا من أوراقها فحدث عندهم من السرور والطرب ما عجزوا عن كتمانه فأمرهم الشيخ حيدر بكتمان سره إلا عن الفقراء وبعد موته شاع أمر هذا الحشيش فى خرسان وفارس ولم يكن أهل العراق يعرفونه حتى ورد عليهم ملوك سيف البحر المجاور لبلاد فارس أيام المستنصر بالله سنة ٦٢٨ هجرية،فحملوه أصحابها معهم فاشتهر فى العراق ووصل خبره إلى الشام والروم فاستعملوه[١].

وقد عرفت القبائل الجرمانية القديمة نبات القنب سنة ٥٠٠ ق.م. وقد اكتشفت بذور الحشيش فى مقابرهم بالقرب من برلين، وفى أوائل القرن السادس عشر أشار الأديب الفرنسى«رابليه» إلى خواص النبات المخدرة، وفى نفس هذا القرن أدخل الأسبان الحشيش فى شيلى، وفى البرازيل أحضر العبيد معهم الحشيش حين استخدمهم المستعمرون لزراعة أراضيهم، ثم قام الهولنديون بادخاله فى جنوب أفريقيا ، وينسب المؤرخون بداية اهتمام الأوربيين العلمى بالحشيش إلى ملاحظات العلماء الذين رافقوا حملة نابليون على مصر ،إذ قال أحدهم سنة ١٨٠٣«أن الحشيش هو مادة النيبنثية المخدرة التى وردت فى أوديسا هوميروس». وقد قام الطبيب الفرنسى «موروودي تور» الذي كان يعمل طبيباً نفسياً فى إحدي المستشفيات لعلاج الأمراض العقلية بإجراء أول دراسة علمية حول الحشيش كعلاج للمرض العقلى سنة ١٨٤٠، ثم كتب عنه كتاباً وتعاطاه شخصياً فوصف الهلوسات والخدع والسعادة التى شعر بها[٢].

---

(١) حسن فتح الباب ١٩٦٧، المخدرات سلاح الاستعمار والرجعية. القاهرة: درا الكاتب العربي ص ٥ - ٥٢.

(٢) المرجع السابق ص ص ٤٩ - ٥١

تعريف المخدر :

منذ أربعة أو خمسة آلاف سنة، ومنتجات نبات القنب Canabis Sata-via يستعملها ملايين البشر كمخدر، ويندر أن توجد منطقة من مناطق العالم لا يمكن فيها زراعة القنب الهندي، فهذا النبات قد يصل في ارتفاعه إلى مدي يتراوح بين ٣٠ سم، ستة أمتار تبعاً لطبيعة التربة والمناخ وطريقة الزراعة. ونبات القنب أو المادة الخام المستخرجة منه والمستحضرات التى تصنع منه بأساليب حرفية تطلق عليها مئات الأسماء المختلفة. وتتركز المكونات المخدرة لراتنج القنب (الذي يعرف باسم الحشيش) فى الأطراف المزهرة لأنثى النبات بنوع خاص، وكان راتنج القنب اكثر أشكاله فعالية حتى سنوات قليلة ماضية، حين ظهر منتج جديد للقنب فى الأسواق المحظورة هو القنب السائل المركز ويحتوي على ٦٠٪ من الـ THC (رابع هيدروكانابينول) وهو أشد خطراً من سائر أشكال القنب. وقد توصل الكيميائيون إلى استخراج أربعة مركبات من النباتات هى: الكانابينولات، ويوجد الكانابينول فى صمغ القنب، ثم المادتان المسميتان دلتا ٩ (Δ 9) ودلتا ٨ (Δ 8) وتتراهيدروكانابينول وأيضاً يحتوي الحشيش على مادة تشبه الأتروبين الذي يسبب جفاف الزور.

والحشيش له منتجات تحوي (الماريجوانا - زيت الحشيش - الزيت الأحمر) ويكمن النشاط النفسى فى الـTHC الذي يوجد بكثرة في الأجزاء الغليظة من النبات[1].

آثار الحشيش :

يؤدي الحشيش إلى اختلال الاحجام والاشكال والمرئيات والمسافات ويمر الزمن ببطء شديد بالنسبة للمدمن، ثم يشعر أن الزمن قد توقف وتختل الذاكرة بالنسبة للأحداث القريبة، وكذلك الانتباه والتركيز، فيبدأ

---

(1) Mehr J., 1983, Abnormal Psychology, New York: Winston and Harltrinehart. P P 249 - 251.

المتعاطى فى الخيال والتخيل ويخطىء فى تفسير ما يدركه بحواسه، وتنتابه الهلوسات البصرية والسمعية. وقد تحدث هذه الآثار بصورة غير متتالية (متقطعة) فيمر المتعاطى بدورات متتالية من الهلوسة واختلال الحواس واضطراب الانفعال ليعود إلى حالته الطبيعية بعد فترة، ثم يضطرب بعد ذلك. ومن آثاره على الجسم تمدد الأوعية الدموية الذي يؤدي إلى احمرار العين، فقد القدرة على التوازن الحركى، انخفاض ضغط الدم، سرعة ضربات القلب التى قد تؤدي إلى هبوط القلب عند المصابين بأمراض القلب[1].

وقد وجد جروزبرج Grozberg من دراسته لـ ٣٦٠٠ جندي فى الجيش الأمريكى كانوا يتعاطون الماريجوانا، فقد وجد أنهم يعانون من اضطرابات عقلية ظاهرة، ويشكون من ضعف الذاكرة، وعدم القدرة على التركيز، والتبلد، الكسل والاصابة بحالات البارانويا، واضطرابات الجهاز التنفسى. ويؤكد الباحث أن الحشيش يؤدي إلى زيادة ضربات القلب وتهيج الشعب الهوائية وانتفاخ الرئة والسرطان الشعابى. ويؤدي الإدمان على الحشيش إلى انخفاض هورمون التستوسترون (هرمون الذكورة) فى الدم مما يؤدي إلى تضخم الثديين وتأنث الجسم والضعف الجنسى وذلك بعد فترة ليست بقصيرة من الاستعمال المتتالى للعقار[2].

وفى إحدي الدراسات التى قام بها كل من جونز وبوشمان وبينوفيتز وبوشمان. Bochman, Jones, Benoivitz & Boch على مجموعة من الذكور المتطوعين، حيث أعطوا للمفحوصين جرعة من الـTHC (وهى المادة النشطة

---

(1) Mehr J., 1983. Abnormal Psychology, New York: Winston and Harltrinehart. P P 249 - 251.

(2) Robert C., Kolondy 1975. Research Issues in the study of Marijuana and Male Repорductive Physiology in Human In: Jared R. Tinlenberg (ed), Marijuana and Health Hazards - Metho - dological Issues in Current Research - London: Academic Press (INC.,). PP. 71 - 73.

فى الحشيش والتى تسبب الاعتماد النفسى) وذلك كل أربع ساعات لمدة تتراوح من ١٠ - ٢٠ يوماً وكانوا يزيدون نسبة الـ THC فى كل جرعة إلى أن وصل إلى متوسط مساو لمتوسط ٣ سجائر من الحشيش. وعندما منع هؤلاء المفحوصون فجأة من تناول الـ THC قرروا الخبرات التالية: عدم الثبات الحركى، عدم الهدوء والراحة، انخفاض فى الشهية، اضطراب فى النوم بصورة ملحوظة، غثيان وقىء، قىء + اسهال وفقدان فى الوزن. وقد أكد ابرمسون وكوهايين Abramson & Choen إن تعاطى الحشيش يسبب تلف فى الرئة وفقدان التوازن الحركى وكذلك قلة افراز الهرمون الجنسى[1].

وقد بين تايجن الماهى Tighani El Mahi إن إدمان الحشيش أو ما يسميه التسمم بالحشيش من سماته: اضطراب الحس الزمنى، واضطرابات فى ادراك المسافات ، فربما تبدو أكبر أو أصغر من حجمها الحقيقى، والأشياء الثابتة ربما تبدو متحركة، والأشياء العمودية ربما تدرك كمنحنيات، كما أنه توجد اضطرابات فى عمليات التفكير، والمزاج. ويناقض تايجن الماهى وجهة نظر المتعاطين من أن الحشيش يساعد على زيادة القدرة الجنسية أو الفاعلية ويتضح ذلك فى طول مدة الجماع، فيقول إن اضطراب الزمن والادراك الوقتى لدي المدمن يجعله يتخيل إنه استمر فى عملية الجماع لساعات طويلة، وما هى الا دقائق أو ثوان معدودة، وهذه الاطالة ما هى إلا وهم يجمله اضطراب الادراك الزمنى. وإن الاستمرار فى التعاطى يؤدي فى النهاية إلى الضعف الجنسى نتيجة لقلة افراز هرمون الذكورة (عند الرجال) ووقف الطمث عند النساء[2].

ويسبب الحشيش زيادة القدرة الحركية مع اضطراب القدرة على تعرف

---

(1) Jualith G., 1982, Abnormal Psychology Concepts. Issues, Trends, New York: Macmillan Publishing Co.. INC. P 426.

(2) Mahi T., 1958, Durg Addiction-Cannabis India (Hashish), Kartoum: Faculty of Medicine. 3 - 7.

الزمان والمكان، وانعدام الاحساس بمرور الزمن وإن زادت الجرعة سببت ارهاقاً واختلاطاً عقلياً مع ظهور علامات ذهانية وهذيان تحت حاد، وهلاوسات بصرية وسمعية مع الاحساس بالرعب واختلال الأنية. وعادة ما يشغف متعاطي الحشيش بالسكريات مما يبدو أن للحشيش خاصية انقاص السكر في الدم، كما إنه مدر للبول. وأن الانتظام على استخدام الماريجوانا قد ينقص هرمون الذكورة بنسبة ٣٠٪ مما يؤدي إلى اصابة المدمن بالضعف الجنسي[١].

وقد أجمعت الدراسات المصرية التي قام بها المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ودراسة سعد زغلول المغربي، ودراسة سويف عن استخدام الحشيش في مصر أن آثار تعاطي الحشيش كالآتي: أن الحشيش يحدث اضطراباً في الادراك بحيث تطول المسافات وتختلف الأحجام، وتهتز حدود الأشياء، وتبدو الألوان أكثر نصوعاً، ويمر الوقت ببطء، ويقل الانتاج أثناء التعاطي وعند الرغبة في تناول المخدر، وتضطرب الذاكرة والانتباه والتركيز، ويختل الادراك البصري والسمعي مع ميل إلى تضخيم المدركات. وأن اضطراب الإدراك السمعي أكثر شيوعاً من اضطراب الإدراك البصري، واضطراب التفكير المتمركز في تدفق الأفكار وتفكك الفكر وعدم ترابطه وبطء التفكير وصعوبته[٢].

طرق تعاطي الحشيش :

من الصعب حصر طرق تعاطي الحشيش، حيث تختلف طريقة التعاطي باختلاف المكان والزمان والأفراد الذين يتعاطونه، ولكن سنحاول توضيح هذه الطرق كما أوضحتها الكتابات والبحوث السابقة وكما لاحظتها الباحثة:

١ - التدخين بلفه في سيجارة.

---

(1) Okasha A., 1977, Clinical Psychiatry, Cairo: Egyptian Book Organization. P. 417.
(2) Souief M. I., and Others. 1980, The Egyptian Study of Chronic Cannabis Consumption. Cairo: National Center for Social & Criminological Research. PP 17 - 28.

٢ - الجوزة أو البرطمان.

٣ - أكل المخدر بمفرده أو مع مواد سكرية.

٤ - حرق المخدر واستنشاق البخار المتصاعد.

٥ - اضافة المخدر لسائل أثناء اعداده كالشاي والقهوة.

ثالثاً - عقاقير الهلوسة (مثيرات الهلوسة) :

■ نبذة تاريخية :

أدي تطور علم الكيمياء إلى اكتشاف العديد والعديد من العقاقير ذات التأثير التخديري على الفرد، منها ما هو مشتق من مخدرات طبيعية، ومنها ما هو مركب من بعض المواد الكيميائية. وقد فاق عدد العقاقير المخدرة المصنعة أضعاف عدد المخدرات الطبيعية، وأن حجم المدمنين لهذه المواد يفوق حجم المدمنين لأنواع المخدرات الطبيعية. وتعطي الحضارات العريقة أمثلة عديدة عن استعمال المواد الباعثة للهذيان، ولم يقتصر تعبير (عقاقير مهلوسة أو مواد باعثة للهذيان) على حامض LSD (الليسيرجيك ديثيتلاميد) إلا حديثاً، ومادة STP و DMT وغيرها من المواد الحديثة. والـ LSD يستخرج من فطر الارجوت Ergot ، وقد اكتشفه الكيميائى هوفمان Hovman الذي وصف الدوخة والهلوسة اللتين شعر بهما نتيجة لتعاطيه هذا العقار، وسجل هذا العقار طبياً سنة ١٩٤٣، وهو مركب نصف صناعى يجري تحضيره من (حامض الليسيرجيك)[1].

آثارها :

يسبب تعاطى هذه المواد LSD تبدلاً فى المزاج، وخلل فى الاحساس بالزمن وادراكه،واضطراب الادراك البصري،والسمعى، وينتاب متعاطيها مجموعة من الانفعالات سهل ملاحظتها مثل: الشعور بالفزع والخوف

(1) Smith D. E., 1967, LSD - an Historical Perspective, New York: Journal of Psychedlic Drugs. PP 3 - 7.

وشمولية الرؤية، ويخيل للمدمن وهو تحت تأثير هذا العقار أن هناك من يسعى لإيذائه وسجنه والسيطرة على قواه العقلية ويثير هذا العقار الهلاوسات فى دقائق معدودة وبكميات صغيرة (25 - 50 ug). ويسبب هذا العقار أيضاً ارتفاع ضغط الدم وسرعة النبض والغثيان والقيء،ورعشة اليدين والأرق، ويشعر المريض بهلوسات بصرية ملونة وتتغير المرئيات لتصغر أو تكبر، أو تقترب وتتخذ أشكالاً غريبة.وتختلط الحواس فتصدر الموسيقى مثلاً من لوحة يراها أمامه، وتتخذ الأصوات صوراً معينة ويبدو المتعاطى فى حالة هيام وحلم. وقد يصاب المدمن بالاكتئاب الذي يدفعه إلى الانتحار ويصاب أيضاً بالخلط الحاد،والهذيان والمعتقدات الوهمية الباطلة الاضطهادية والتى قد تستمر حتى بعد الامتناع عن المخدر.

ويسبب هذا العقار الاعتماد النفسى فقط ولا يؤدي إلى اعتماد جسمى وقد يؤدي إلى الاصابة بالفصام بين ذوي الاستعداد للاصابة بهذا المرض[1].

وقد ظهرت كثير من الدراسات قام كرلت Craletti بجمعها من ٢١٤ مرجع وقد اوضحت هذه الكتابات ملخصات دراستى سلون ودوست Sloe-na and Doust كما اوضحت أن LSD يحدث اضطرابات فى التركيز والذاكرة. وقد بين لندث Landis حدوث بعض الخلل فى الأداء الحركى وقد أيده فى ذلك كلوسن Clousen وأوضح أبرمسون وآخرون Abramson et al أنه إذا زادت جرعة الـ LSD فإنها تؤدي إلى ظهور علامات العصابية، والاضطراب فى الادراك، واختلال فى التركيز والانتباه، وعدم القدرة على إدراك العلاقات المكانية،واختلال الأداء الحركى،وتدهور فى الأداء العقلى أظهره اختبار ثرستون للذكاء، واختلال فى زمن الرجع للمثيرات السمعية

---

(1) Smith D.E., Rose A. J., 1971, LSD-Its Use Abuse- and Suggested Treatment, New York: Journal of Psychedelic Drugs. PP 17 - 23.

والبصرية، وقد اتضح من الدراسة أن الـ LSD يؤدي إلى اختلال الأداء على اختبارات قياس الاسترجاع[1].

الميسكالين :

وهو أحد القلويات Alkaloids التي عزلها لوين ١٨٨٨ Lewine. ويعتبر الميسكالين العنصر الفعال البسيط (لصبار المكسيك) والاسم العلمي له هو لوفو فوريا ويليامس Laphophorus cactus وكان يتعاطى كدواء، وهو أقل نشاطاً من عقار LSD ولكن يتشابه معه فيما يحدثه من اضطرابات في الشخصية تشابه أعراضهما أعراض مرض الفصام[2].

ويوجد العديد من الدراسات عن آثار الميسكالين تعتمد على الوصف الشخصي للمتطوعين، ماير - كروس Mayer Cross أوضح حدوث اختلال في الادراك البصري وهلوسات بصرية، فقد يري الشخص الأشياء مهتزة، ويلاحظ وجود أشياء تتحرك في الظلام، أو عندما يغمض عينيه. كما يلاحظ عليه القلق، وعدم الوعي، ويشبه الشخص متعاطي الميسكالين في صفاته شخصية مريض الفصام. كما أنه يمكن أن يحدث له أعراض الذهان وزيادة الاكتئاب، وفقد الابصار والهلوسة[3].

البسيلوسيبين والبسيلوسين :

وهما المادتان النشطتان لمادتي الهلوسة بسيلوسيب مكسيكانا وهما نوعان من العقاقير المقدسة لدي هنود المكسيك. وهناك الكثير من هذه المواد التي تسبب الهلوسات وتشترك جميعها في نفس الآثار وخاصة

---

(1) Trouton, D., and Eysenck H. J., 1961, The Effects of Drug on Behaviour, In: Eysenck H. J., (ed), Handbook of Abnormal Psychology, New York: Basic Book. P 679.

(2) Teasdal J. D., 1973, Drug Dependece, In; Eysenck (ed) Hanbook of Abnormal Psychology, London, Pittman Medical. P 254.

(3) Trouton, D., and Eysenck H. J . 1961, The Effects of Drug on Behaviour, In: Eysenck H. J., (ed), Handbook of Abnormal Psychology, New York: Basic Book. P 679.

فيما يتعلق بالهذاءات والخدعات البصرية والسمعية واختلال المدركات، ومنها مادة DET، DMT وهما اختصار للديميتلترتيامين وللدتيلترميتامين، ومادة STP (ديمتو كسيميتا مفيتامين) وهي مركب اصطناعي يشبه الميسكالين من الناحية الكيسائية وتدوم آثاره المهلوسة مدة اطول من مادة الـ LSD [1].

المنبهات : Stimulants

أهم المنبهات هي الأمفيتامينات ويشمل التعبير «أمفيتامين» Amphetamine جميع الامينات الصناعية التي تشبه من عدة اعتبارات الادرينالين وهو الهرمون الذي يفرزه الجسم البشري،وقد تبين من الدراسات أن الامفيتامينات تساعد على زيادة انتاج الاثارة الطبيعية في الجسم Catecholomines وهي المواد التي تزيد من ضربات القلب وترفع معدل التنفس، والإمفيتامينات تسبب فقد الشهية وتنبه الجهاز العصبي المركزي، والامفيتامين والديكسامفيتامين هي المواد الأكثر شيوعاً من هذا النوع. وهناك مواد أخري كالفينيميترازين والميتيلفينيدات، ولهما آثار فارماكولوجية قريبة جداً من المواد السابقة. وقد اصطنعت هذه المخدرات في مطلع القرن العشرين واستعملت لأغراض علاجية في السنوات الثلاثين، وتؤخذ في العلاج على هيئة أقراص.

والاستعمال الأكثر سوء لهذه الامفيتامينات هو حقن كميات كبيرة في الاوردة. وتتسم آثارها بنزعات عدوانية وتهجمية وذهان Speed هذياني ولا يستطيع المدمنون القيام بأعمالهم نظراً للتبعية الجسمية للعقار، وقد بين الخبراء أن هذه المواد أصبحت متداولة بدرجة كبيرة وخاصة في السنوات الماضية. ففي البحث الذي اجراه Johnston وتلاميذه أوضح أن ٢٥٪ من طلاب المدارس الثانوية يستخدمون الامفيتامين مرة

(1) Yolles S. F.. 1968. Statemant on LSD-Marijuana and Other Dangerous Drugs - Washington, United Press International. P 16.

أو مرتين على الأقل وأن هؤلاء الذين يتعاطون هذ المواد كانوا في الاصل متعاطين للماريجوانا[1].

ويعتبر الإدمان على الامفيتامين غاية فى الخطورة فالشخص الذي يدمن يصبح ذهانياً للأمفيتامين. وغالباً ما يظهر مدمنو الامفيتامينات أعراض البارانويا فيحسون أن الجميع يتكلمون عنهم،ويحاولون الاستماع إلى أحاديثهم،ويخططون ضدهم ويتحولون إلى أشخاص عدوانيين، ويمكن أن يقتلوا فى محاولتهم للدفاع عن أنفسهم ضد هؤلاء الاعداء الوهميين، كما يصاب المدمنين بضمور المخCroves, Frebac.ويشعر مدمن الامفيتامينات بالنشاط والمرح وكثرة الحركة ويشعر بأنه مفرط الثقة بنفسه على الرغم من أخطائه، وقد يصاب بالقلق،ويعانى ضعف الشهية ونقصان الوزن، وتقلب المزاج والضعف الجنسى ويعانى من هلوسات سمعية ومعتقدات اضطهادية وهمية باطلة، ويشعر بالشك والخوف، ويقوم بالابتعاد عن الناس[2].

المسكنات : Sedatives

غالباً ما يتم تصنيف هذه المواد تحت قائمتين واسعتين الأولى تتمثل فى المنومات وتنقسم إلى منومات مشتقة من حامض الباربيتيوراتيك Barbituratic Amine ومنومات غير مشتقة من حامض الباربيتيوريك، وتتمثل فى الفينوباربيتال Phenobarbital. والثانية تتمثل فى غير المنومات مثل Methaqualone and Aptimit، وقد وجد أنها تساعد على ضبط حالات الصرع، كما أنه يخفف من حالات القلق وتساعد على جلب النوم والتغلب على الأرق، وتهبط المنومات وظائف المخ مثل الخمر، فتضعف القدرة على المهارات الحركية، ويشعر المتعاطى بالنشوة فى البداية ثم النعاس والخمول وضعف الابصار والخطأ فى تقدير زمن الرجع

(1) Mule S. J., and Brill H., 1974, Chemical and Biological Aspects of Heroin Dependence Ohio: CRC Press. PP 149 - 151.
(2) Jualith G., 1982, Abnormal Psychology Concepects Issues, Trends, New York: Macmillan Publishing Co.. INC. P. 421.

السمعى،واختلال الحكم على الأمور، واختلال فى ادراك الزمن (يمر الزمن بسرعة)، كما أنها تخفض ضغط الدم وتضعف الجهاز التنفسى وتسبب الامساك والافراط فى استخدامها يسبب ظهور أعراض التحمل خلال ١٤ يوماً من استعمالها، فتنخفض عدد ساعات النوم وتظهر علامات التسمم الخفيفة وعند الوصول إلى المرحلة القصوي يمكن أن تهدد هذه الاعراض الحياة تماماً (Cooper et al)[1].

المهدئات : Tranquilizers

وهى نوع من المسكنات ولكنها أقل فى حدتها من السابقة وهى تنتمى إلى Benzodiozepines وتباع باسم الڤاليوم والليبريوم، وقد يصفها الأطباء لعلاج المشكلات العصابية. وقد يعتاد الناس على هذه العقاقير كما يعتادون على المخدرات القوية بنفس الدرجة، فهم يتعاطون المهدئات لشعورهم بالاكتئاب وبصورة تدريجية يتكون لديهم الاحتمال ويجدون أنفسهم فى النهاية يتناولون كميات اكبر وأكبر، ويعانون من أعراض الامتناع الشديدة إذا حاولوا منع المخدر.

وبالتالى يمكن لنا أن نقوم بتصنيف المخدرات ذات التأثير النفسى الفعال وذلك طبقاً لمطابقتها بمخدرات أخري، فالمخدر المطابق لغيره يتم وضعه فى فئة واحدة والغير مطابق يوضع في فئات مختلفة ومن التصنيفات المعترف بها في هذه الفترة ما يلى:

١ - فئة العقاقير المهدئة المنومة Sedative Hyponotic ، وهى أكثر الأنواع التى تجلب الرغبة فى النوم ولها تأثير فعال على الجهاز العصبى المركزي وهى تتضمن:

(أ) الكحوليات.

(ب) الاقراص المنومة

---

(1) Norback J., 1980, The Alcohol and Drug Absue - Yearbook Directory, New York: Vannorstrand. P 450.

(جـ) العقاقير المضادة للقلق (أي التي لا تؤدي إلى القلق) وينتج عن تناولها فقدان التوازن الحركى وزيادة فى التوتر والقلق وتلف الوظائف المعرفية وفقدان الاحساس والغيبوبة.

٢ - المنبهات Stimulantions

٣ - المهدئات Sedatives

٤ - مضادات الاكتئاب Anti - Deprssion

٥ - عقاقير الهلوسة Hallucinogans

٦ - الافيون ومشتقاته Opiate

٧ - الحشيش. Hashish[1].

الوجهة السيكولوچية للإدمان :

Psychological Aspect to Addiction.

١ - النظرية السلوكية لإدمان المخدرات :

Behavioural Theory of Drugs Dependence.

هناك الكثير من الابحاث الخاصة بالنظرية السلوكية لإدمان المخدرات ولكن السلوكين فضلوا استخدام مفهوم طبيعى يتمثل فى(خفض التوتر) ينسبون إليه إدمان المخدرات، فالأفراد يتعاطون المخدرات ليخفضوا من مشاعر الألم، الغضب،الضيق،وخاصة القلق. فإذا كانت المخدرات تساعد على خفض كل هذه الأنواع من المشاعر فإن الافراد الذين يتعاطونها يحصلون على جانب كبير من التعزيز الايجابى Positive Rienforcement، وبالتالى فهم يميلون إلى تعاطى المخدرات مرات ومرات عديدة ومتتالية.

---

(1) Belknad J. K., 1978, Drugs and Human Behaviour. In: Joltz man, W. H., (ed) Introductory Psychology in Depth-developmental Topics; New York: Harper's College Prees. PP 258 - 260.

وقد توصل كوبل ١٩٧٥ Coppel أنه لا يوجد سند واحد لنموذج سوء استخدام المخدر لخفض الوتر، وأوضح Coppel مجموعة من الدراسات تبين أن تعاطى المخدرات لا تؤدي إلي خفض التوتر منها دراسات ميفلد وآلوان67 Mayfield & Allen، ماكينم وهيلووميندلسون Menamee,Hello, Mendelson 68 ، مينكر Menaker ، ميندلسون ولادو وسلومن Mendel-son, Ladow, Saloman 64 ، نثام، تيلر، لونستين وآخرون Natham, Tuler, Lawenstein et al 70 ، وليامز Williams 66.

وقد اجريت دراسة لتوضيح المشكلة المتعلقة بأخذ المخدر أو سوء استخدامه لخفض التوتر، فقد اجري كل من Palwy, Schuenman & Gralson تجربتهم على المتطوعين، وقد أوضحوا أن حدوث الألم يجعل الأفراد يشعرون بالقلق أو التوتر، وفى هذه الدراسات كان الألم يتمثل فى أن يتلقى المفحوصون صدمات كهربائية مؤلمة قبل تعاطى المخدر، وبعد الصدمة يسمح للمفحوصين بتعاطى المخدر. وقد تم مقارنة المتطوعين بمجموعة أخري ضابطة (سمح لهم بشرب المخدر) دون تعريفهم أنهم سيتلقون صدمة كهربائية وقد أوضحت رولى Rolwy وزملائها أنهم كانوا فى حالة من الدهشة عندما وجدوا أن مستوي القلق كان مرتفع بعد شرب المخدر، ويرجع ذلك إلى أن المخدر كان منبع للتوتر فى حد ذاته لمعظم الافراد. وقد اعزي هؤلاء الباحثون ومجموعة أخري منهم «بلوم وريتشارد» Blum & Richard 79 ، وجيسر Jessar 77، بروشت، بركاش، فلنجستد وآخرون Braucht, Brakach, Fullingstad et al 73.

أن سوء استخدام المخدر يرجع إلى:

١ - طبيعة المخدرات وآثارها السيكولوچية وطريقة الحصول عليها واستعمالها.

٢ - العوامل الوراثية.

٣ - شخصية المدمن.

٤ – العوامل السيكودينامية (الضغط،الصراع، الحاجات، الدوافع... الخ)[1].

١ – طبيعة المخدرات :

لكل مادة كيمائية تركيبها الخاص الذي يسمح لها بالمرور فى الجسم ويتغير أثناء مرورها صورة العقار الأصلية حيث تصل إلى الجهاز العصبي ويتم التفاعل بين العقار والمستقبلات ويحدث التأثير على الجسم والمخ. ويرتبط المدمن بالعقار نظراً لما يحدثه له من آثار مفرحة وخفض للقلق والتوتر أي نتيجة للتعزيز الايجابى الذي يجعله يعيد استخدام المخدر للحصول على نفس التعزيزات وقد يضطر إلي زيادة الجرعة للوصول إلى الأثر الأول، وكذلك تؤثر طريقة استخدام المخدر فى حدوث الإدمان إذ تزداد فعاليته وسرعة وصوله إلى المخ حسب طريقة الاستعمال، ويعتبر الحقن فى الوريد من أسرع الوسائل للوصول إلى الإدمان يليه التعاطى عن طريق الفم، كما يساعد سهولة الحصول على المخدر وتوافره فى حدوث الإدمان[2].

٢ – العوامل الوراثية :

وقد اتبع منهج أو أكثر من هذه المناهج لإيضاح علاقة الوراثة بالإدمان:

١ – دراسات على الحيوانات.

٢ – دراسة نسبة حدوث الإدمان فى أبناء من أسر المدمنين.

٣ – دراسة التوائم.

وبالنسبة للمنهج الأول، فقد تمكن من ملاحظة أن الفئران الذين تعلم أباؤهم إدمان المخدرات كانت تدمن أيضاً هذه المواد بدون تدريب كما أوضحت دراسة ولكر Walker73.

---

(1) Jualith G., 1982, Abnormal Psychology Concepects Issues, Trends, New York: Macmillan Publishing Co , INC. P. 434 - 435.

(2) Wilker A., 1962, Opiates Addiction - A Psychological and Neurophysiological Aspects in Relation to Clinical Problem, Washington. P.150.

وبالنسبة للمنهج الثاني: فقد وجد ولكر Walker أن من العوامل الرئيسية المرتبطه بتعاطي العقاقير بين الطلبة، سوء استخدام الوالدين للعقاقير. فهناك ارتباط بين إسراف الأب في تعاطي المهدئات وتعاطي الأبناء لنفس العقاقير. وأن نسبة حدوث الإدمان لأبناء من آباء يتعاطون المخدرات تتراوح بين ١٣:١٧ أمثال نسبة حدوث ذلك من أبناء من أباء لا يتعاطون المخدرات. والأرجح فى ذلك أن الأبناء يقلدون سلوك تعاطي المخدرات الذي يشاهدونه فى أبائهم[١].

٣ - شخصية المدمن :

فقد توصل ونك Winick إلى وجود بعض السمات تظهر على شخصية الأفراد الذين يدمنون المخدرات وتوصل إلى ذلك باستخدام اسلوب التحليل النفسي والاختبارات النفسية ودراسة شخصيات مجموعة من الأطفال على مدار السنين ثم مقارنة من يدمن منهم عند البلوغ بغير المدمنين منهم.

وقد صنف الشخصية الإدمانية إلى:

(أ) غير الناضج: وهو العاجز عن إقامة علاقات هادفة مع أشخاص آخرين، ولا يستطيع الاعتماد على نفسه والاستقلال عن أبويه.

(ب) المتفانى فى ذاته: وهو الذي لا يستطيع أن يؤجل إشباع رغباته ويريد إشباعها فى التو والحال.

(جـ) الضعيف جنسياً: وهو الذي يعاني شذوذ أو ضعف جنسي وبخاصة الجنسية المثلية.

(د) المضطهد لذاته: وهو الذي يعاني القلق عند التعبير عن غضبه ولذلك يلجأ إلى الخمر أو المخدرات لتخفيف القلق حتى يعبر عن غضبه بطريقة عنيفة في بعض الأحيان.

---

(1) Walker and Kenon, 1980, Aspects of Alcohol and Drug Dependence. London: Pittman Medical. PP 270 - 272.

(هـ) الشخصية الاكتئابية: وهى شخصية قلقة ومتوترة يلجأ للمخدر لتسكين قلقه ويؤدي تكرار تعاطيه للإدمان.

وفى الدراسات التى طبقت فيها الاختبارات النفسية أوضحت أن الشخصية الإدمانية تتسم بالاكتئابية والفصامية والسيكوباتية[1].

ونجد أن السلوكيين يحاولون تفسير سلوك الإدمان من خلال نظرية التعلم،ويروا أن إدمان الخمر أو العقاقير هو سلوك متعلم،فالشخص الذي يعانى القلق يتعاطى خمراً أو مخدراً فيشعر بالهدوء والراحة، ويعتبر هذا الاحساس بمثابة تعزيز إيجابى لتناول المخدر فى مرات لاحقة، وبتكرار التعاطى يتعلم الشخص تناول العقار لتخفيف آثار المنع التى تحدث من انقطاعه عن المخدر. ويستمر الانسان فى تعاطيه للمخدر رغم ما يعلمه وما لها من آثار مزعجة ولكنه لا يشعر بهذه الآثار السلبية لأنها لا تحدث فى التو عند تعاطى المخدر،وتظهر بعد فترات تتراوح فى الطول.والمعروف فى التعلم إنه كلما كان الفاصل الزمني بين سلوك ونتيجته طويلاً، ضعف تعزيز هذا السلوك سواء كان تعزيز سلبى أو إيجابى. ويرتبط الشعور السار أو التعزيز الإيجابى الذي يحصل عليه المدمن من تعاطيه المخدر بأشياء وأشخاص موجودين فى البيئة وتصبح بمثابة مثيرات شرطية تحث الانسان على التعاطى، فرؤية مكان التعاطى أو الشلة أو المخدر أو بائع المخدر...الخ من المثيرات التى تدفع المدمن الممتنع إلى الشعور بالرغبة الملحة والعودة إلى تعاطى المخدر[2].

ويتفق ليند سميث Linde Smith 1968 فى أن الإدمان سلوك مثل أنواع السلوك الأخري، فهو متعلم من خلال الاشراط،وهو مشابه فى كثير لنفس الطريق الذي يسيل لعاب كلاب بافلوف من صوت الجرس، وقرر أن

---

(1) Winick C., 1974. A Sociological Aspect of Durg Dependence. Ohio: CRC Press PP 23 - 27

(2) Wikler A., 1970. A Dynamic of Drug Dependence Implications of A Conditioning Theory for Research and Treatment. New York: Arch Gen Psychiat. P 611

المثير هنا مرتبط بالانسحاب،مثل الناس،أو الأماكن خلال خبرات الانسحاب (المنع). ويؤكد أن هناك بعض الدلائل على أن الاشراط أو التعلم جزء أساسى يمكن أن يتدخل فى الاعتماد الجسمى وآثار المنع المتزامنة(أي التى تحدث فى وقت واحد). وقد ميز «سميث» ١٩٦٨ بين إدمان المخدرات واعتيادها، فالإدمان سلوك متعلم اساساً من خلال التعزيز السلبى الناتج من أعراض المنع، وأيضاً التعزيز الإيجابى الناتج من الأثر المريح للمخدر الذي يرتبط بإحكام مع الاعتياد على استخدام المخدر، فالسلوك يمكن أن يتعلم من اقتران الاستجابة مع تعزيز موجب مكافأة، أو آثار مبغضة (تعزيز سالب).فإدمان المخدرات مرتبط بخبرات الأفراد عن غياب المخدر وآلام المنع والتعرف عليها، فلو تحقق المدمن من أن قلقه وضيقه وتوتره ناتج من غياب المخدر، واستطاع الحصول على جرعة من المخدر وتغلب على هذه المشاعر لازداد حباً للمخدر، وعاود للإدمان مرة أخرى بعد فترة منع ويحدث الانتكاس[1].

ويحدث الإدمان وفقاً للسلوكين نتيجة لارتباط تعاطى المخدر بتعزيزات إيجابية متمثلة فيما يحدثه من آثار مبهجة، وانهاؤه لحالات متفاوتة من الضيق واليأس والقلق،يكون القضاء عليها بمثابة(مكافأة) ،وكذلك وجود مثيرات شرطية تدفع لتعاطى المخدر، تثير فى المتعاطى الرغبة فى المخدر مثل البيئة وما ينتمى إليها من أشياء خاصة بالمخدرات، كذلك حدوث آلام منع عند مقاطعة المخدر وزوال هذه الآلام بتعاطى الجرعة من المخدر.

وبذلك يكون الإدمان سلوك يتعلمه الانسان من البيئة المحيطة به مع أن هذه النظرية بالشكل الحالى لا توضح لماذا التعاطى من البداية، ولماذا تعاطت هذه المجموعة دون غيرها من الأفراد، وما هى الدوافع لتعاطى المخدر، وهل مجرد وجود المخدر يكون دافع لتعاطيه وادمانه، أم أن هناك

---

(1) Marlatt G.A., Rose F., 1980, Addictive Disorders. In: Alan S. Bellack and Michel Hereson (eds.), New Perspective in Abnormal Psychology, New York, University Press. PP 318 - 319.

عوامل أخري موجودة وكامنة فى شخصية المدمن وأيضاً بيئته تميزه عن غيره من الاشخاص وتجعله مستعداً ومتقبلاً للإدمان فيقع فيه عندما يتهيأ له ذلك، أو قد تجعله يبحث هو عن المخدر ليسد بـه ما يشعره من عجز، وكيف حدثت الخبرة الأولى للتعاطى، فإذا كان الإدمان ناتج عن تعزيزات ايجابية من اللذة الناتجة من التعاطى، والتعزيزات السلبية من آلام المنع، فما هو الدافع إلى أخذ المخدر فى المرة الأولى، لكى يشعر الفرد بكل هذه التعزيزات التى تكون بمثابة المحرك بعد ذلك للإدمان؟

نظرية التحليل النفسى لإدمان المخدرات :

Psychoanalysis Theory For Drug Dependence.

تري مدرسة التحليل النفسى أن سيكولوچية الإدمان تقوم على اساسين: **الأول:** صراعات نفسية وترجع إلى:

١ - الحاجة إلى الاشباع الجنسى النرجسى الذي يرجع أساساً إلى اضطراب علاقات الحب والاشباع العضوي وبخاصة فى المرحلة الفمية.

٢ - الحاجة إلى الأمن.

٣ - الحاجة إلى إثبات الذات وتأكيدها.

وتكرار التعاطى يعنى الفشل فى حل تلك الصراعات واشباع هذه الحاجات.

الثاني: الآثار الكيمائية للمخدر، وهو الذي يميز مدمنى المخدرات عن غيرهم، وبذلك فإن الأصل فى الإدمان وطبيعته يرجعان إلى التركيب النفسى للمريض الذي يحدث حالة الاستعداد، ومن ثم يأتى الدور الذي يلعبه آثار المخدر الكيمائية وخواصه.

وتكون الصورة العامة للمدمن والإدمان فى ضوء نظرية التحليل النفسى كالآتى:.

١ -ينظر التحلبل النفسى للإدمان على المخدرات،فى المستوي القهري

أي ذلك المستوى الذي يتعلق فيه المدمن بالمخدر تعلقاً قهرياً لا يستطيع فيه التخلي عن المخدر.

٢ - يفرق التحليل النفسى بين المدمنين على المخدرات وغيرهم ممن يدمنون على مواد أخري، وإن كانت هى الأخيرة تشير إلى شىء من الاضطراب الذي لا يرقى إلى المرض أو الشذوذ.

٣ - إن مدمنى المخدرات تنطوي نفوسهم على اضطراب نفسى عميق، تشبه أعراضه أعراض المرض النفسى أو العقلى وأحياناً تكون اكثر حدة.

٤ - ينكر التحليل النفسى أن مدمنى المخدرات يندرجون تحت السيكوباتية فى اضطراب الشخصية،ويدللون على ذلك بأن السيكوباتى يلجأ إلى وسائل وطرائق خارجية فى تعامله مع صراعاته وحلها، فهو يعمد إلى تغيير البيئة بما يتفق مع دوافعه اللاشعورية، كما أنه يصب عدوانه أيضاً على البيئة الخارجية وليس على نفسه، بينما المدمن فى حله لصراعاته اللاشعورية يستعمل عمليات لا شعورية أيضاً فى حل تلك الصراعات، ويصب عدوانه على ذاته لا على العالم الخارجى.

٥ - إن مظاهر الإدمان تتمثل فى الاشكال الآتية:

(أ) نوبات من المرح والانبساط، وهذا هو الشكل الاساسى للإدمان.

(ب) اضطراب جنسى أو نشاط جنسى مشوش أو غير ناضج.

(جـ) مظاهر بارانويا وتحدث فى الحالات المتقدمة من الإدمان.

(د) تدهور عقلى.

(هـ) تدهور خلقى واجتماعى ومهنى.

٦-يفسر التحليل النفسى ظاهرة إدمان المخدرات فى ضوء الاضطرابات التى تعتري المدمن فى طفولته المبكرة والتى لا تتجاوز السنوات الثلاث أو الأربع الأولى، وتري مدرسة التحليل النفسى أن ظاهرة الإدمان ترجع فى أساسها إلى اضطراب العلاقات الحبية فى الطفولة المبكرة بين المدمن ووالديه اضطراباً يتضمن ثنائية العاطفة أي الحب والكراهية للوالد فى

نفس الوقت، هذه العلاقـة المزدوجـة تسقط وتنقـل علـى المخـدر، ويصبـح المخدر رمزاً لموضوع الحب الأصلي الذي كان يمثل الخطر والحب معاً[1].

وقد أوضـح د.زيور أن سلوك مدمن المخدرات أو متعاطيها ينتمي إلى مرحلة مجاورة لتلك المرحلة التى ينتمي إليها المريض بالهوس والاكتئاب أي المرحلة الفمية المتأخرة، وأن حالة النشوة التى يحققها التخدير، تتميز بانطلاق أخيلة هازلة، لما تحفل به من مفارقات مؤدية إلى قهقهة تفرغ قدراً كبيراً من التوتر، مما يؤدي إلى فرفشة Euphoria من نوع فريد، ومرح الإدمان هذا بمثابة ميكانيزم دفاعى للتغلب على الاكتئاب والخلاص منه، وبذلك فهو هوس صناعى مقابل للهوس التلقائى فى ذهان الهوس والاكتئاب.

ويقول د.زيور أن الحالة العادية للمدمن تتميز بأنها ذات طابع اكتئابى وتتسم حالة الاكتئاب هـذه - من زاويـة العلاقـة بالموضـوع - بالادمـاج العدوانى كموضوع لم يتم تميزه عن «أنا» المكتئب، ولما كـان الأنـا قليـل النضج، فإن قاعدة تعامله مع الموضوع يسودها مبدأ الأخـذ دون العطـاء بصورة غير واقعية تتسم بالنهم، وتوقع من الموضوع بأن يمنحه كـل شـيء فى كل وقت وبدون حساب،وهذا يؤدي بالضرورة إلى أن يحس بالاحباط، وبالتالى النقمة على الموضوع بالرغم من حبه إياه، وحاجته إليه.

ويتميز مرح الهوس باستخدام ميكانيزم الانكار على نطاق واسع، وغاية الانكار تفادي الهيله والشعور بالعجز أو الحطة أو الملامة مما يخدش نرجسية الذات (اعتبار الذات وتقديرها لذاتها) على أن الانكار فى حالة المرح لا يكون إلا جزئياً، حيث نجد إلى جانب الرفض قبولاً، وهما موقفان يؤديان إلى إنفصام طفيف فى الذات وتتوقف النتيجة على أيهما تكون له الغلبة.

وثمة سمة شائعة فى مرح الهوس تتكون من إزدحام الافكار وسرعة

---

(١) سعد زغلول المغربي،١٩٦٣، تعاطي الحشيش - دراسة نفسية اجتماعية - القاهرة: درا المعارف. ص ص ٤٠٠ - ٤٢١.

جريانها وتسمى (طيران الأفكار) وتشبه هذه الحالة حالة التخدير حيث تتعاقب الأخيلة وتتزاحم وتفيض بالمفارقات.

وفيما يتعلق بظاهرة السبات لدي المدمنين فهى ترجع إلى حالة الاشباع الفمى فى الطفولة المبكرة، على ذلك فإن النوم العميق الهادىء الغفل يكرر نوم الرضيع الهادىء بعد شبعه ويستعيد اتحاد الأنا بالثدي. وفيما يختص بحالة النشوة أثناء التخدير، فيمكن القول بأنها سيادة الرغبات الثلاث للعشقية الفمية:

الرغبة فى الاستسلام للالتهام، والرغبة فى النوم، كما أننا نجد أن الأنا الأعلى يحل محل الثدي، ولما كان الأنا الأعلى يتسم لا شعورياً بالخلود فإدماجه يحقق للذات الخلود أيضاً والاندماج فيه استسلام لكائن مطلق القدرة واسترخاء بين جوانحه وفناء فيه نوم سعيد لا نهائى. وهذا يسفر عن وحدة لا تفريق فيها بين الذات والموضوع وأن تقدير الذات يرتفع ارتفاعاً قد يصل إلى الجلال والسمو الفائق،وهذا يتضمن طبعاً كل انعدام باللحظة والعجز أو التوتر الناشئ من تأنيب الضمير كما يتضمن الاحساس بالخلود أو بالقدرة المطلقة على كل شىء والمتغلبة على كل متاعب الحياة، ثم الشعور بأن الذات قد أصبحت مركز العالم، ويسود شعور المحبة الجارفة وتتلاشى العداوة، ونتيجة لذلك نجد أن سمات الاكتئابية وألانسحابية والانطوائية التى تتسم بها شخصية المتعاطى بدرجات متفاوتة تتحول إلى شىء آخر مختلف تماماً فتغدو الاكتئابية مرحاً دافقاً والانسحابية اقبالاً والانطوائية انبساطاً وهذه السمات الوجدانية لا تتحقق دائماً بأكملها بشكل دائم يهدد الصورة النموذجية لدي كل متعاط، فهناك فروق فردية ترجع إلى تكوينات نفسية أو مزاجية متباينة، وهذا يؤدي بدوره إلى اختلافات عديدة فى حالة التخدير[١].

---

(١) مصطفى زيور،١٩٦٣، تعاطي الحشيش مشكلة نفسية - من أعمال الحلقة الثانية لمكافحة الجريمة - القاهرة. المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. ص ص ٢٦ - ٣٨.

وبذلك نري أن مدرسة التحليل النفسي تري أن المدمن أو المتعاطى يقبل كلاهما على المخدر طلباً للتوازن بينه وبين واقعه، توازن يكاد يختل ويتعثر فى الحفاظ عليه والابقاء عليه عند حد أدنى من الاستقرار، ويجد فى المخدر سنداً وعوناً له فى الحفاظ على هذا التوازن، فوظيفة المخدر إنه سند يمنح المدمن القدرة والقوة على مواجهة واقعه وذلك لما يحدثه فيه من تغير فى نشاط وظائفه النفسية وعملياته العقلية، تنعكس فى ادراكه للعالم وانفعاله به واستجابته له فالعقار من وجهة نظر التحليل النفسى هو وسيلة علاج ذاتى يلجأ إليها الشخص لاشباع حاجات طفليه لا شعورية ، فنمو المدمن النفسى الجنسى مضطرب لتثبيت الطاقة الغريزية فى منطقة الفم وعندما يكبر تظهر على شخصيته صفات التثبيت ومنها: السلبية والاتكالية، وعدم القدرة على تحمل التوتر النفسى والألم والاحباط وكذلك فالمدمن شأنه شأن المنفعل يغير من نفسه بدلاً من أن يغير من واقعه ومن عالمه، وهذا التغير الذي يحدثه له المخدر يتيح له إعادة بناء عالمه، إعادة سحرية وهمية ولكنها الاعادة التى تمكنه من التكيف مع واقعه.

والمخدر يخدر شعور المدمن بالعجز وقلة الحيلة إزاء عالمه ويسلمه لشعور زائف مقابل ومناقض بالقدرة والكفاية، وهذا الشعور بالعجز فى مواجهة الواقع يرجع إلى:

١ - البناء النفسى الداخلى للمدمن من حيث هو بناء هش يفتقر إلى القوة والتماسك الداخلى والتكامل.

٢ - الواقع الخارجى من حيث ضراوته وقسوته وما يمثله من إحباط ومصاعب تعترض ظروف تحقيق إشباع المطالب الانسانية الأساسية.

الوجهة الاجتماعية للإدمان على المخدرات :

Sociological Aspect to Drug Addiction.

اهتم علماء النفس وعلماء الاجتماع بالإمراض الاجتماعية، والسلوك

المنحرف، ورأوا أن السلوك الاجتماعي فى حد ذاته لا يمكن أن يقال إنه سلوك منحرف أو غير منحرف، سوى أو مرضى، ولكن الذي يصفه بهذه الصفة أو تلك هو تقييم المجتمع له فى ضوء مدي إلتزامه أو خروجه عن المعايير الاجتماعية للسلوك. وقد يقع الانسان فى الانحراف منجرفاً فى تياره أو مختاراً له،أو رغم إرادته،أو نتيجة جهله وظروفه السيئة. ويعتبر المنحرف مريضاً اجتماعياً، والمرض الاجتماعي سلوك سالب غير بناء وهدام، ويعتبر مشكلة اجتماعية تهدد أمن الفرد والجماعة ، ذلك لأن المنحرفين والجانحين وذوي السلوك المضاد للمجتمع يمثلون خطراً على حياة الآخرين، ويكونون عنصر قلق واضطراب، قد يعرضون فيه حياة الآخرين للخطر، وهم فى نفس الوقت خطراً على أنفسهم لأنهم نتيجة لانحرافهم يقاومهم المجتمع، مما يجعلهم عرضة لاضطرابات نفسية أقلها القلق، وهم يمثلون مشكلة اجتماعية اقتصادية خطيرة،فهم فاقد بشري بالنسبة لعملية البناء الاجتماعى الاقتصادي،وهم أيضاً معاول هدم فى المجتمع(1).

ويعتبر الإدمان على المخدرات من المشكلات الاجتماعية الخطيرة التى تؤثر على تقدم المجتمعات ورقيها، كما تؤثر على الحالة الصحية والنفسية للأشخاص المدمنين.

فقد حاول بعض الباحثين تفسير ظاهرة الإدمان تفسيراً اجتماعياً يقوم على عملية التعلم الاجتماعي، وكان من هذه المحاولات الدارسة التى قام بها بيكر (١٩٥٣) Picker على ٥٠ حالة من مدمنى الحشيش من مستويات مختلفة وذلك بالاعتماد على المقابلة ودراسة تاريخ الحالة. وركز بحثه على افتراض أن أي سلوك إنسانى ما هو إلا نتيجة لتتابع الخبرات الاجتماعية والتى من خلالها يكتسب الفرد مفهوماً عن معنى السلوك، كما يكتسب مدركات وأحكام معينة عن المواقف التى تجعل

(1) ج. ب. جيلفورد، ١٩٥٦، ميادين علم النفس النظرية والتطبيقية - إشراف يوسف مراد - القاهر: دار المعارف. ص ٣٣٧.

النشاط ممكناً ومرغوباً فيه. واستناداً على هذا الافتراض لم يسعى «بيكر» لمعرفة الأسباب المؤدية للسلوك، فهو يري أنها مجرد عملية تعلم ينشأ من خلالها الدافع إلى السلوك، ويكون تحقيق اللذة هو ذلك الدافع الذي يؤخذ من أجله المخدر. ويعتبر «بيكر» الأسباب المؤدية للسلوك نوعاً من السببية النسبية لتعاطى المخدر.

ويفسر «بيكر» سلوك التعاطى مبتدئاً بالشخص الذي يشعر برغبة فى تعاطى المخدر أو تجربته بقوله «إن هذا الشخص يعرف أن غيره يتعاطون المخدر للوصول إلى حالة اللذة أو النشوة، ولا يعرف هذا الشخص ماهية هذه الحالة، وبدافع حب الاستطلاع للتعرف على هذه الخبرة التى لا يعرف نتيجتها، وبالانغماس فى خطوات التجربة وتكوين الاتجاهات اللازمة التى تنشأ خلالها، يصبح راغباً فى استعمال المخدر من أجل الحصول على اللذة».

وقد حدد «بيكر» خطوات التعلم الاجتماعى لتعاطى المخدر كالآتى:

أولا - تعلم الطريقة الصحيحة للتعاطى التى تؤدي إلى آثار تخديرية فعلية :

ويوضح «بيكر» ذلك بأنه فى التجربة الأولى لا يحصل المبتدىء عادة على اللذة المطلوبة، ويرجع ذلك إلى عدم صحة الطريقة التى تناول بها المخدر، وعدم كفاية الكمية، مما يؤدي إلي استحالة الوصول لحالة التخدير المرغوبة، ويتعذر على المتعاطى المبتدىء أن يكون لديه مفهوم معين عن المخدر كموضوع يستعمل للوصول إلى اللذة، فيتوقف عن استعمال المخدر. فتكون الخطوة الأولى لكى يصبح متعاطياً هى تعلم الطرق الصحيحة للتعاطى حتى تحدث الآثار التخديرية، ومن ثم يتغير مفهومه عن المخدر، هذا التغير قد يحدث عن طريق التعلم المباشر أو غير المباشر وذلك بملاحظة وتقليد سلوك الآخرين.

ثانياً - التعرف على الآثار التخديرية وربطها باستعمال المخدر :

وتتضمن هذه الخطوة عاملين: الأول ظهور آثار التخدير، والثاني ربط هذه الآثار في ذهن المتعاطى بالمخدر. ولكي يستمر المتعاطى فإنه ليس من الضروري فقط أن يتعاطى الشخص المخدر للحصول على آثار معينة، وإنما يجب أن يتعلم إدراك تلك الآثار عندما تحدث ،لأنه في هذه الحالة، يكتسب المخدر معنى ما عند المتعاطى كموضوع يمكن استخدامه من أجل الحصول على اللذة، وبتكرار التجربة يزداد تقدير المتعاطى لآثار المخدر فيواصل تعلم الوصول إلى قمة النشوة. ونتيجة لذلك تنمو عنده مجموعة من الخبرات والتجاوب الراسخة عن آثار المخدر تساعده في الوصول إلى قمة التخدير بشكل سهل مريح.

ثالثاً - تعلم الاستمتاع بآثار المخدر :

ويري «بيكر» أن هذه الخطوة ضرورية لاستمرار التعاطى إذ أن آثار التخدير لا تؤدي بالضرورة إلي الشعور بأنها لذيذة، وذلك لأن تذوق مثل هذه التجربة ما هو إلا عملية تعلم اجتماعية لا تختلف عن تجربة تذوق أي نوع من أنواع الأطعمة. فقد يحدث للمتعاطى في أول الأمر أن يدرك آثار التخدير الجسمية إدراكاً مؤلماً مخيفاً أو غامضاً. هذه التجربة الأولى قد تكون دافع على توقف استمرار التعاطى مالم يتعلم المبتدىء في تجارب آخري إدراك هذه الآثار على أنها شيء لذيذ. ويري «بيكر» أنه يحدث هذا من خلال التفاعل الاجتماعى مع المتعاطين الآخرين ذوي الخبرة الادمانية الطويلة، حيث يؤثرون عليه ويعلمونه أن يجد اللذة في التعاطى برغم التجربة الأولى المؤلمة، ويؤكدون له أن هذه الآثار المؤلمة الأولى ما هى إلا مسألة عادية يمر بها كل فرد، ويوجهون انتباهه إلى الجوانب اللذيذة المريحة من آثار المخدر . هذا التحول في معنى الخبرة قد اكتسبه الفرد من الآخرين، وبغير ذلك يتوقف تعاطى المخدر لأنه لا يحقق الحصول على اللذة. ويتوقف إعادة المعنى اللذيذ للمخدر على درجة مشاركة المتعاطى

مع غيره من المتعاطين، فإذا كانت هذه المشاركة قوية تغير الاتجاه المضاد نحو المخدر وتعيد إليه إتجاهه السابق.

علي هذا، لا يستطيع الفرد أن يواصل تعاطى المخدر من أجل اللذة ما لم يتعلم تحديد آثار المخدر كأشياء ممتعة،وما لم تصبح وتستمر هذه الآثار موضوعاً يدركه الشخص المتعاطى كشيء مجلب للذة والمتعة.

ويؤكد «بيكر» أنه من خلال عمليات التعلم السابق ذكرها ينمو عند الفرد الاستعداد أو الدافع لاستعمال المخدر. هذا الاستعداد أو الدافع لم يكن موجوداً عندما بدأ الفرد التعاطى، وذلك لأن هذا الدافع يعتمد على مفاهيم ومعانى خاصة بالمخدر لا تنمو إلا من خلال التجارب والخبرات الفعلية للتعاطى.

ويشير«بيكر» إلى ما يتعلق إلى الحكم العام الاخلاقى على التعاطى ورأي المجتمع فيه بأنه لا يؤثر على سلوك المتعاطى إلا بقدر طفيف. ففى حالة عدم قبول المجتمع فإن ذلك قد يحد من استمرار التعاطى، ولكن التعاطي يظل قائماً نتيجة لمفهوم الفرد عن التعاطى، ولا يصبح السلوك مستحيلاً إلا إذا فقد الفرد القدرة على الاستمتاع بالحالة التخديرية ومن خلال الخبرات التى يتعرض لها[١].

ونري أن «بيكر» فى تفسير هذا، قد أغفل الكثير من العمليات الاساسية التى تفسر أي سلوك اجتماعى للإنسان ومن هذه العمليات:

- دوافع السلوك.
- الضغوط الدافعة للسلوك.
- تاريخ حياة الفرد وخبراته السابقة التى تؤثر فى اكتسابه لأي سلوك جديد.

---

(1) Becker, H.S., 1959, Becoming a Marijuana Users- A Psycological Approach - Morton: Mental Health and Mental Disorders. PP. 235 - 242.

■ إغفال بعض جوانب المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه الفرد ويتأثر به، ذلك أن الفرد نتاج للظروف الاجتماعية والاقتصادية التى يولد فيها ،فليس هناك كائن بمعزل عن المجتمع الذي يوجد فيه،أو يستطيع أن يهرب من تأثيرات هذا المجتمع على تكوينه ونمو شخصيته وأفكاره وقدراته العقلية واتجاهاته وخصائصه الانفعالية وسلوكه، فالشخصية الانسانية تتشكل وفقاً لقوانين التطورالاجتماعي، لذلك فإنه يلزمنا لفهم شخصيات الافراد وما يأتونه من سلوك، تحليل انتمائهم الاجتماعي، وتحديد الظروف الاجتماعية الواقعية التى شكلت شخصياتهم وسلوكهم.

ويري روبرت مرتون Robert Merton أن تعاطى المخدرات هو استجابة انسحابية من جانب المتعاطى الذي يجد أن سبل النجاح مغلقة أمامه كما أنه لا يستطيع إرتكاب أفعال إجرامية يحقق بها أهدافه لعجزه عن ذلك، ويفسر إرتفاع معدلات الإدمان على المخدرات على أنه انعكاس للموقف الذي يمجد فيه المجتمع هدف النجاح الفردي، مثل تجميع الثروة والممتلكات، ولكنه فى نفس الوقت لا يسمح لبعض الناس بتحقيق هذا الهدف، فيخالف هذا البعض معايير المجتمع وينحرف عما يرضيه. وقد تكون أوجه هذا الانحراف هو إدمان المخدرات[١].

ويفسر «دونالد تافت» Donald Tafft الانحراف الاجتماعي بما فيه إدمان المخدرات بقوله «إذا كانت ثقافة ما تتسم بالتعقيد المادي والدينامية، وتمجيد الشخص الذي ينجح فى الصراع والتنافس، ولكنها تسد الطريق أمام الكثيرين لتحقيق هذا النجاح، فإن فشل هؤلاء يؤدي إلى ظهور أنماط سلوكية عدائية ضارة بمصالح المجتمع ككل، ولكنها تتلائم مع المثل العليا الأساسية فى هذا المجتمع»[٢].

---

(1) Merton R.K., 1968, Social Theory and Social Structure. New York: The Macmillan Company. PP 325 - 327.

(2) Donald Taffit D., 1957, Crimminology. New York: The Macmillan Company. P 24.

فالإدمان على المخدرات شأنه شأن الأمراض الاجتماعية الاخري التى يدفع إليها العديد من العوامل المتشابكة، فإلى جانب الاضطرابات الفسيولوچية التى قد تحدث فى مراحل النمو المختلفة، والعوامل العضوية مثل الأمراض والتسمم والاصابات والعاهات والعيوب والتشوهات الخلقية. وإلى جانب الأسباب النفسية مثل الصراع والاحباط والحرمان والعدوان وحيل الدفاع النفسى الفاشلة، والخبرات السيئة والصادمة، والعادات غير الصحية، وعدم النضج النفسى، فإلى جانب هذا كله تأتى الاسباب الاجتماعية التى تساعد على ظهور السلوك الشاذ ،والاضطراب الكامن فى الشخصية. ومن هذه الاسباب:

البيئة الاجتماعية :

تؤثر عوامل البيئة والوسط الاجتماعى الذي يتحرك فيه الفرد فى تشكيل ونمو شخصيته وتحديد حيل دفاعه النفسى عن طريق نوع التربية والضغوط والمطالب التى تسود فى البيئة الاجتماعية التى يعيش فيها وإذا فشل الفرد فى مقابلة هذه الضغوط وتلك المطالب، وخاصة إذا زاد ما بينها من تناقضات ساء توافقه الاجتماعى والنفسى، وأدي ذلك به إلى الانحراف. وتتحدد نسب الانحراف حسب البيئة الفقيرة أو الغنية والحضرية أو الريفية.

العوامل الحضارية والثقافية :

تمثل العوامل الحضارية والاتجاهات الثقافية عوامل هامة فى انتاج الانحراف، وتدل بعض الشواهد على أن بعض الأمراض النفسية تميل إلى الانتشار فى المجتمعات المتحضرة أكثر من المجتمعات البدائية.

اضطراب التنشئة الاجتماعية :

إن عملية التنشئة الاجتماعية هي العملية التى تحول الانسان من كائن (بيولوچى) إلى كائن اجتماعى وتكسبه صفة الانسانية. وأي عائق

يعوق عملية التنشئة هذه يصبح مصدراً للضغط والاضطراب النفسى. فالتنشئة الاجتماعية غير السوية تخلق احباطات وتوترات لدي الفرد[1].

ومن الضروري عند التفسير الاجتماعى لظاهرة إدمان المخدرات أن نهتم بالظروف الاجتماعية والاقتصادية للمدمنين، وفيما يلى وصف لسمات المتعاطين الاجتماعية كما أوضحتها البحوث والكتابات.

سمات المتعاطين الاجتماعية :

١ - سن المدمنين :

تدل معظم الدراسات على أن إدمان المخدرات ينتشر بين الشباب أو من تقل أعمارهم عن أربعين سنة، فيزداد التعاطى للماريجوانا فى الولايات المتحدة بين صغار السن، وانتشار الامفيتامينات بين طلاب المدارس الثانوية، وتقدر نسبة من يتعاطى المخدرات فيمن يقل سنهم عن ٢٥ سنة إلى ٥٠٪ من نسبة هذه المجموعة.

وقد أوضحت نتائج الدراسات التى قام بها المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية وسعد زغلول المغربى إلى أن انتشار تعاطى المخدرات (الحشيش) يوجد فى فئة العمر التى تمتد من ٣٠ إلى ٤٠ عاماً فما فوق.

وقد أوضحت الدراسة الحالية أن متوسط سن مدمنى المخدرات (٤١) سنة على أن الإدمان عادة ما يبدأ فى سن مبكرة عن ذلك بكثير

٢ - جنس المدمنين :

تنتشر العقاقير والمخدرات بين الذكور أكثر من الإناث،باستثناء مجموعة الباربيتورات والامفيتامينات Barbiturates and Amphetamines التى تنتشر أكثر بين الإناث متوسطات الأعمار لما لها من خاصية نقص الوزن.

---

(١) حامد عبد السلام زهران، ١٩٧٧. علم النفس الاجتماعي. القاهرة: عالم الكتب. ص ص ٣٣٩ - ٣٤٠.

وقد اتضح من دراسة ايزيدور تشاين Isiodor Chien التى نشرت بعنوان «الطريق إلى المخدرات: تعاطى المخدرات والجناح والسياسة العامة» والتى قام فيها بدراسة توزيع متعاطى الحشيش فى مدينة نيويورك فوجد أن ٨٥٪ منهم من الذكور، وفى الهند أتضح من بحث كوبرا وكوبرا أن تعاطى المخدرات أكثر انتشاراً بين الذكور عنه بين الإناث،وتتفق الأبحاث المصرية لسعد المغربى، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية مع نتائج هذه الدراسات، وأن الإدمان ينتشر في مصر بين الذكور[١].

فالسلوك الانحرافى بما فيه إدمان المخدرات بين الجماعات المختلفة ناتج عن تأثير اختلاف تأثير الثقافة على كل من هذه الجماعات،فإرتفاع الإدمان لدي الذكور عنه لدي الإناث، يرجع إلى الحماية النسبية التى لدي الإناث من التعرض للأزمات الانفعالية والاقتصادية والتنافس،ولاختلاف أدوارهن فى المجتمع عن الذكور، وحين تتساوي النساء فى التعرض لهذه الازمات مع الرجال، تميل الانحرافات إلى الانتشار بينهن بالمثل.

الحالة المهنية والتعليمية للمدمنين :

تؤكد معظم الدراسات أن المدمنين ممن لديهم مشكلات دراسية وقفت فى طريق تقدمهم الأكاديمى، وكذلك أثبتت نتائج أبحاث المركز القومى وسعد المغربى أن تعاطى الحشيش منتشر بين الأميين ونسبة قليلة ممن يعرفون القراءة والكتابة وذوي التعليم المنخفض أكثر من غيرها من الفئات، وكذلك أوضح فاروق عبد السلام (١٩٨٢) أن تعاطى الأفيون ينتشر بين الأميين[٢].

كما ينتشر الإدمان وفقاً للدراسات السابقة فى معظم الفئات

---

(١) سمير نعيم أحمد، ١٩٧١، خطر تعاطي المخدرات القائم في المنطقة العربية. القاهرة: المكتب الدولي العربي لشئون المخدرات. ص ص ٤٥ - ٤٩.

(٢) فاروق عبد السلام، ١٩٨١، بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية المتعلقة بالإدمان رسالة دكتوراه (غير منشورة) - كلية التربية - جامعة الأزهر. ص ٢٢٥.

الاجتماعية ولكن أكثر الفئات تعاطياً وانتشاراً فى مصر هى فئة العمال والمهنيين والفلاحين

ويوضح بيسكور Pescor فى مقالة بعنوان التحليل الإحصائى لسجلات مدمنى المخدرات بالمستشفيات، من أن الإدمان منتشر بين الأطباء والمرضات ،الصيادلة، وارتفاع الإدمان في فئة المشتغلين بالأعمال المنزلية، والخدمات. ومعظم مدمنى الهيرويين من الشباب العاطلين عن العمل، ونسبة من يعمل منهم ٢٦٪ وجميعهم من الطبقات الاجتماعية الدنيا[1].

*الحالة الأسرية :

تعتبر الأسر التى تفشل فى توفير الحاجات الأساسية لأبنائها مثل: المحافظة على صحتهم، ووظائفهم الحيوية، اكسابهم العادات الاجتماعية السليمة، وكيفية تكوين العلاقات مع الآخرين، وفرض الضوابط على دوافعهم الجنسية وإشباع حاجاتهم الانفعالية أسر معتلة، مما يؤدي إلى إنحراف أفرادها بصورة أو أخري، وتكون إحدي صور الإنحراف هى تعاطى أو إدمان المخدرات. فقد تبين من الدراسات أن أسر المدمنون مضطربة فى نواحى متعددة، فقد ثبت أن أبناء الأسر المفتتة أو المنهارة تدمن على المخدرات أكثر من غيرها عند الكبر. وكذلك الأسر التى تعتبر الأم فيها الشخصية الرئيسية، تؤثر على نمو السمات التى تؤدي إلى الاستعداد للإدمان. فالملاحظ فى معظم أسر المدمنين أن الأب غائب معظم الوقت ولا يمارس دور فى الحياة الأسرية، والأم متملكة ومسيطرة ومن صفات هذا النوع من الأمهات: الاضطراب الانفعالى، الشعور بالذنب العدوانية، السيطرة

---

(1) Pescor 1953 A Statistical Analysis of the Clinical Records of Hospitalized Durg Addicts Washington Government Printing Office P 6

وقد أثبت سمارت Smart 71 أن استعمال أحد الوالدين للمخدر يومياً يؤثر تأثيراً كبيراً على إستعداد الطفل لاستعمال المخدرات، وأتضح من دراسته أن ٦٠٪ من الأطفال يستخدمون نفس المخدر الذي استعمله الأب أو الأم.

وقد أوضح ويلكر Walker أن هناك عاملين مرتبطين إرتباطاً جوهرياً بإدمان المخدرات عند الأطفال عند وصولهم إلى سن المراهقة وهما:

١ - صراعات خاصة بالرغبة فى الاتكالية ويشمل :

- تذبذب الأم بين العطف والحنان من جهة والنبذ من جهة أخري.
- تهرب الأم من الأزمات الأسرية ولجوئها إلى الخمر أو الانغماس فى الجنس.
- إنحراف سلوك الأم.
- إهانة الأب للأم.
- تنافر الوالدين.
- سخط الأم وعدم تقبلها للأمومة.

٢ - عدم قدرة الطفل على إدراك دوره فى المجتمع ويشمل عدة عوامل خاصة بهذا العجز وهى:

- نبذ الوالدين للطفل.
- تهرب الأب من المسؤلية.
- إنعدام طموحات الأبوين فيما يتعلق بمستقبل الطفل.
- إنعدام مراقبة الطفل والإشراف عليه.
- ضعف الضوابط التى تفرضها الأم على سلوك الطفل[1].

---

(1) Wikler A., 1970, A Dynamic of Durg Dependence Implications of A Conditioning Theory for Research and Treatment, New York: Arch Gen Psychiat. PP 612 - 615.

دوافع التعاطى

يقصد بدوافع التعاطى تلك الدوافع الداخلية التى تعتمل فى نفس الفرد فتجعله يتعاطى المخدر، سواء أكان هذا التعاطى بانتظام ، أم كان حسب المناسبات والظروف، وقد حدد حسن الساعاتى هذه الدوافع فى مقاله عن «تعاطى الحشيش كمشكلة اجتماعية» بما يلى:

١ - تناسى الهموم واستجلاب السرور :

ويري د. حسن الساعاتى أن دافع التعاطى بقصد تناسى الهموم واستجلاب السرور يعد من أهم الدوافع فى هذا المجال، فيكون التعاطى فى هذه الحالة طريقة سهلة من طرق الهروب من الواقع المخيف المقلق المحزن.

٢ - تحصيل لذة جنسية كبري :

ويأتى هذا الدافع فى المرتبة الثانية من الدوافع التى تؤدي إلى التعاطى، وذلك بقصد الحصول على قدر من اللذة فى ممارسة العملية الجنسية. ويكثر التعاطى للمخدرات فى الأيام الأولى من الزواج، حيث يصفه بعض المتعاطين لأصدقائهم كعلاج لسرعة القذف، وربما يفسر ذلك كثرة تناوله فى أيام الزواج الأولى التى قد يتعرض فيها بعض الأزواج لهذه المشكلة التى كثيراً ما تحل من نفسها بعد زوال الشعور بحداثة الزواج، وبالمران واكتساب الخبرة التى تزيد الثقة بالنفس.

٣ - استشعار روح الجماعة المرحة :

ويعد هذا الدافع عاملاً ثالثاً قوياً من العوامل التى تدفع على التعاطى. وهناك من يرون أن هذا العامل أقوي بكثير من العامل الجنسى ذاته. ويتضح ذلك من مناقشة الكثير ممن يتعاطون المخدر، حتى أنهم ليـ ـمون بأن التعاطى يجمع أفراد الجماعة، وينشأ عن تعاملهم مع بعض أثناء التعاطى جو ملىء بالفرح والبهجة والنشوة التى تجعلهم يضحكون

لأتفه الأمور، ويتبادلون النكتة والتحية المتكررة. إلى جانب أيضاً أن جلسة التعاطى تجمع أفراداً من مهن وطبقات ومراكز ومستويات تعليمية مختلفة، فتشيع بينهم المساواة والاخاء إلى درجة بالغة، هذا فضلاً عما تتيحه للأفراد من التحرر من الضوابط الاجتماعية التى تفرض عليهم ألواناً معينة من السلوك.

٤ - دوافع أخري خاصة :

ويقصد بذلك، الدوافع التى تجعل بعض الافراد من فئات معينة يتعاطون المخدر، مثل الفنانون بقصد إجادة الفن لأنه فى إعتقادهم يساعد على التفنن والابداع والإجادة، وهناك من يتعاطى ليتحايل على النوم ويعالج به حالة الأرق، وهناك من يتعاطون للتحرر من ملل أعمالهم الرتيبة، وهناك من يتعاطى بقصد تسكين ألم جسمى معين.[١]

وبذلك نجد أن هناك مجموعة من الدوافع التى تعتمل فى نفس الفرد، وتهيىء لتكوين شخصية متعاطى أو مدمن المخدرات ونستطيع أن نوجز هذه العوامل الدافعة على هذا السلوك:

- البيئة الاجتماعية التى يتحرك فيها الفرد والتى تؤثر فى تشكيل ونمو شخصيته، وما تنطوي عليه هذه البيئة من أساليب تربوية فاشلة فى تكوين شخصية ناضجة، مثل القسوة أو الأهمال والحرمان.
- التفاوت الطبقى مع أوضاع تنطوي على الحرمان والتنافس غير المتكافىء.
- إنعدام منافذ السلوك السليم.

---

(١) حسن الساعاتي، ١٩٦٣، تعاطي الحشيش كمشكلة اجتماعية - من اعمال الحلقة الثانية لمكافحة الجريمة - القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. ص ص ٥٨ - ٦١.

■ قيم ثقافية واجتماعية وأخلاقية ودينية غير مستقرة تؤدي إلى الحيرة والشك وعدم الثقة والانسحاب من المجتمع.

■ الحرمان المادي والفقر والجهل، والإقامة في بيئات منحطة Slum area أو متخلفة.

■ ضعف الضوابط الاجتماعية على السلوك المنحرف، مع وجود جماعات تؤيد هذا السلوك وتسهل القيام به، وينطوي هذا على سهولة الحصول على المخدر وتوافره، وتوافر أماكن التعاطي.

■ وجود قيم ومعايير حضرية وثقافية تؤدي إلى حدوث الصراع الطبقي، فبينما تساعد هذه القيم على تحقيق الثراء والتقدم في الطبقات العليا بأساليب مشروعة، إلا أنها تحول دون ذلك في الطبقات الدنيا، مما يؤدي إلى بذل الجهد من جانب الطبقات الدنيا لتحقيق النجاح بطرق غير مشروعة وحين يفشلون في ذلك يلجأون إلي الانسحابية من المجتمع باللجوء إلى إدمان المخدرات.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

أولاً - الدراسات العربية

ثانياً - الدراسات الأجنبية وتشمل على:

- دراسات تناولت سمات المدمنين السيكولوجية
- دراسات تناولت سمات المدمنين الاجتماعية

تعرض فى هذا الفصل الدراسات والأبحاث السابقة فى مجال إدمان المخدرات، سواء كانت هذه الدراسات عربية أو أجنبية. وهذه الدراسات ليست وفيرة خاصة الدراسات العربية ذلك أن الدراسات فى مجال الإدمان على المخدرات مازال البحث فيها قاصراً وخاصة من الناحية النفسية، وهذا كان من الدوافع الهامة فى تناول ظاهرة الإدمان على المخدرات بالبحث والدراسة وذلك فى محاولة لاستيضاح الرؤية، وتناول ظاهرة تعتبر من أخطر الظواهر التى تؤثر على الأفراد والمجتمع على السواء وتعوق تقدم المجتمعات.

وسوف نعرض بعض هذه الدراسات فى محاولة للوقوف على الجهود المبذولة فى دراسة هذه الظاهرة،والاستفادة من تلك الدراسات فى توضيح مشكلة الدراسة الحالية، وطريقة معالجتها، والوسائل والادوات التى استخدمتها. فضلاً عن الافادة منها فى تفسير نتائج الدراسة الحالية.

أولاً - الدراسات العربية :

وسنعرض فيما يلى لهذه الدراسات:

١ - دراسة سعد زغلول المغربى (١٩٦٠).

٢ -دراسة المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية (١٩٥٧:١٩٨٢).

٣ - دراسة د.مصطفى زيور (١٩٦٣).

٤ - دراسة د.حسن الساعاتى (١٩٦٣).

٥ - دراسة سعد زغلول المغربى (١٩٦٦).

٦ - دراسة سويف (١٩٧١).

٧ - دراسة سويف (١٩٧٤).

٨ -دراسة السكرتارية العامة للهيئة الدولية للشرطة الجنائية(١٩٧٠).

٩ - دراسة حنورة (١٩٧٦).

١٠ - دراسة يحيى الرخاوي (١٩٧٠).

١١ - دراسة محمد رشاد سيد كفافى (١٩٧٣).

١٢ - دراسة د. فاروق عبد السلام (١٩٨٠).

١٣ - دراسة محمد رمضان محمد (١٩٨٢).

١ - دراسة سعد المغربى (١٩٦٠) :

وموضوعها «تعاطى الحشيش دراسة نفسية اجتماعية».

■ هدف الدراسة :

وكانت أهداف الدراسة كما وضعها الباحث هى:

- هل الحشيش مشكلة عامة أم خاصة، هل هى ظاهرة فردية مرضية وغير طبيعية أم ظاهرة تخص مجموعة قليلة من الأفراد ؟
- ما هى ضرورة التعرف على آثار تعاطى الحشيش الجسمية؟
- ما هى المظاهر الاكلينيكية المترتبة على تعاطى الحشيش؟
- ما هى السمات المميزة لتعاطى الحشيش؟
- ما هى علاقة الحشيش بالعلاقات الجنسية؟

■ فروض الدراسة :

وقد صاغ الباحث فروض الدراسة كالآتى:

١ - تعاطى الحشيش ظاهرة عامة منتشرة بين أغلب فئات الشعب وقطاعاته وبخاصة طبقاته العاملة (المهنية).

٢ - تعاطى الحشيش لا يرتبط بالجريمة إرتباط العلة بالمعلول.

٣ - الحشيش يؤدي إلى ضعف الإنتاج وتدهوره.

٤-الحشيش قد يثير الرغبة الجنسية ولكنه يؤدي إلى الضعف الجنسي في النهاية.

٥ - يتسم متعاطي الحشيش بالغفلة والبلادة.

٦ - أسباب ودوافع تعاطي الحشيش أسباب ناتجة عن ظروف الفرد الاجتماعية النابعة من البيئة التي يعيش فيها والمجال الذي يتحرك فيه.

■ **عينة الدراسة :**

قسم الباحث عينة بحثه إلى ثلاث مجموعات:

(أ) عينة المجتمع العام، وقد اختار أفرادها من القطاعات المهنية المختلفة إختياراً عرضياً، وكان الباحث يطبق أدواته على من يتطوع من القطاعات المهنية المختلفة بغض النظر عما إذا كان متعاطياً أو غير متعاط،وأمكنه كذلك التعرف على مجموعة ضابطة ممن لم يتعاطوا المخدر.

(ب) متعاطون خارج السجن.

(جـ) متعاطون مسجونون، وقد تم اختيار هذه العينة عشوائياً وهم مجموعة من المتعاطين الذين تم ضبطهم بواسطة البوليس إما محرزين للمخدر أو في حالة تعاطي فعلاً.

■ **المجموعة الضابطة :**

٦٨ فرداً من القطاعات المهنية المختلفة، لم يسبق لهم التعاطي.

■ **أدوات الدراسة :**

١ - اختبار المينسوتا المتعدد الأوجه لقياس الشخصية. وقد قام الباحث بتطبيق هذا الاختبار على عينة من المتعاطين وقوامها ٤١ حالة من المتعاطين.

٢ - اختبار الرورشاخ طبق هذا الاختبار على عينة قوامها ٢٥ فرداً.

٣ - دراسة تاريخ الحالة، طبق هذا الاسلوب على عينة قوامها ٤١

فرداً وذلك للوصول إلى وصف للسمات الشخصية والظروف الاجتماعية للمتعاطى.

٤ -طبق اختبار شطب الحروف لكربلين لقياس التعب على ١٠ حالات قبل التعاطى وبعده.

٥ - اختبار المقاطع التى لا معنى لها لقياس التذكر المباشر على ١٠ حالات قبل التعاطى وبعده.

٦ - اختبار التآزر العضلى العصبى قبل التعاطى وبعده.

٧ - *اختبار التركيز والانتباه* على ١٠ حالات بعد *التعاطى* وقبله.

٨ - اختبار القابلية للاستهواء على ١٠ حالات بعد التعاطى وقبله.

٩ - ثم قام الباحث بمعاونة أحد أصدقائه من الأطباء لفحص ثلاث حالات من *المتعاطين فحصاً طبياً* من حيث *قياس* درجة *الحرارة والنبض* والضغط وسرعة التنفس وذلك قبل التعاطى وبعده بقصد التعرف على الآثار الجسمية المباشرة لتعاطى الحشيش.

نتائج البحث :

وقد استخلص الباحث من دراسته النتائج التالية:

١ - أن الأصل فى إدمان المخدرات عامة يرجع إلى التركيب النفسى المرضى الذي يحدث حالة من الاستعداد للإدمان.

٢ - أن الحياة والنظام الجنسى عند المدمنين على درجة كبيرة من الاضطراب وخاصة فيما يتعلق بالجنسية الطفلية وعقدة أوديب وصراعات الاستنماء وتنتهى هذه الحالة المضطربة عند المدمنين بتكوين ليبيدو ،ويبدو فى شكل طاقة توترية شيقة لا شكل لها أي بدون سمات ثابتة أو أشكال معينة.

٣ - بالنسبة للحاجة إلى الاشباع وهى الأساس الأول فى اضطرابهم

فهـي ترجـع إلى الاشباع الفمـى أو الجلدي وهـى مناطـق إشبـاع جنسيـة كاملة فى المرحلة الفمية.

٤ - أما عن الحاجة إلى الشعور بالأمن واعتبار الذات فإنهما يرجعان أيضاً إلى اضطراب النمو فى المرحلة الفمية وما تتضمنه من إشباع الحاجة إلى الطعام والدفء والحب.

٥ -ويري الباحث أن المخدر بالنسبة للمتعاطى هو البديل عن الاشباع الفمى المضطرب فى الطفولة الأولى المبكرة لأنه يعطى الشعور باللذة والمرح والراحة التى كان من المفروض أن يحصل عليها المتعاطى فى تلك المرحلة المبكرة،والمتعاطى بتعاطيه المخدر يقوم بعملية نكوص شديدة لتلك المرحلة الطفلية.

٦ - الجنسية الأولى فى بداية المرحلة الفمية عند متعاطى المخدرات فكانت دائماً غير مستقرة ومضطربة ومختلطة بين جميع أنواع الصراعات ورغبات ما قبل الجنسية.

٧ -وهناك عامل التقدير الشديد للذات والذي يتفق وجوده مع الاشباع الشبقى فى حالة المرح الزائد الناتج عن التخدير[1].

٢ - دراسة المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية من سنة (١٩٥٧ - ١٩٨٢) :

موضوعها: «دراسة تعاطى الحشيش فى مصر (١٩٥٧- ١٩٨٢)».

الهدف من الدراسة :

بدأت الهيئة العلمية لهذا البحث بتبيين ضرورة إجرائه ودواعى الحاجة إليه، حيث أتضح لها أن هذه الحاجة تشمل جانبين،الأول هو جانب الحاجة القومية، والثانى هو جانب الحاجة العلمية.

---

(١) سعد زغلول المغربي،١٩٦٣، تعاطي الحشيش - دراسة نفسية اجتماعية - القاهرة: دار المعارف.

فيما يختص **بالحاجة القومية**، فقد تبين للهيئة أن تعاطى الحشيش ظاهرة تبدو متفشية بين طبقات المجتمع المصري، ويعتبر جريمة لها أثرها الخطير على الأفراد والجماعات وأن الدلائل كثيرة على إنتشاره إنتشاراً واسعاً بين فئات هذا المجتمع وعلى أن المشرع يزداد إهتمامه بهذا الموضوع وتزداد مخاوفه من آثاره وانعكس ذلك فى إتجاه نحو تشديد العقوبة وإطراد هذا التشديد.

فضلاً عن ذلك كان هناك ما يشير (فى ذلك الوقت) إلى أن كمية الحشيش المضبوطة تصل إلى ما يزيد (١٤) مثلاً على كمية الأفيون، مما يستدل معه على أن مشكلة تعاطى الحشيش فى المجتمع المصري تفوق فى أهميتها مشكلة تعاطى المخدرات الأخري، ومن ثم كانت ضرورة التصدي لدراستها دراسة علمية دقيقة.

من ناحية أخري كشف عن **الحاجة العلمية** لإجراء هذه الدراسة ما أشارت إليه بحوث كثيرة فى ذلك الوقت أيضاً من الحاجة الماسة على النطاق العالمى، إلى إجراء بحث علمى شامل فى موضوع تعاطى الحشيش: العوامل المؤدية إليه والآثار المترتبة عليه، ومن أن المعلومات الفارماكولوجية عن العنصر الفعال فى الحشيش ضئيلة جداً، وما أشارت إليه بعض البحوث الأخري من الحاجة الملحة لإجراء بحوث فى الآثار المزمنة (أو طويلة المدي) لتعاطى الحشيش، وما أوضحته من أن طبيعة تأثير الحشيش على الجهاز العصبى لا تزال مجهولة. من ذلك كله تبين للهيئة أن موضوع الحشيش لا يزال بحاجة إلى جهود الباحثين، فضلاً عن دلائل أخري على هذه الحقيقة من أهمها التضارب بين الآراء والاستنتاجات الواردة فى عدد من المؤلفات حول الحشيش بعضها يهون من تأثيره والبعض الآخر يشير إلى الخطر البالغ المترتب على تعاطيه.

من ناحية أخري كانت هناك الضآلة النسبية لحجم البحوث التى عنيت بهذه المشكلة على النطاق العالمى (حوالى ست بحوث فى السنوات العشر

من ١٩٥٠ - ١٩٥٩) وفى هذه البحوث أيضاً من المآخذ المنهجية ما أدي إلى تضارب الآراء أو ضآلة المعلومات الثابتة حول الكثير من جوانب هذا الموضوع ومن هذه المآخذ ضآلة أحجام عينات المتعاطين موضوع الفحص، وعدم قيام معظم هذه البحوث، على استخدام عينات ضابطة، ثم إفتقارها جميعاً إلى عنصر التقنين لأدوات البحث وتهاونها في اتخاذ عدد من الاحتياطات المنهجية الأخرى في إجراءات البحث أو عدم النص عليه بوضوح فيما نشر عنه، أما خلاصة ذلك كله فتأكيد الحاجة الماسة أمام الهيئة إلى إجراء بحث علمى شامل فى موضوع تعاطى الحشيش، وتحديد المطالب التى ينبغى أن يوفرها هذا البحث العلمى،سواء من ناحية منهجية أو من ناحية الموضوعات التى ينبغى للهيئة أن تنظر فيها أو تكشف عن حقيقتها.

■ **تحديد المشكلة :**

بعد ذلك حددت هيئة البحث نطاق المشكلة موضوع اهتمامها، فقررت أن تقصر بحثها على الحشيش دون غيره من المخدرات، وعلى التعاطى دون الأتجار أو التوزيع وعلى المتعاطين الذكور دون الإناث، وفى نطاق المدن والريف وفى الصحراء، وقد مكن ذلك هيئة البحث من بلورة **هدفها الرئيسى** من هذه الدراسة فى أنه «الكشف عن العوامل المؤدية - بشكل مباشر أو غير مباشر -إلى تعاطى بعض الذكور المصريين للحشيش والآثار المترتبة على هذا التعاطى بالنسبة للفرد والمجتمع على السواء». وينطوي هذا الهدف الرئيسى على عدد من الأسئلة الهامة، كان على البحث محاولة الإجابة عنها وأمثلة لها:

■ ما يتصل بطبيعة الظروف الاجتماعية التى تحيط بالفرد عندما يبدأ تعاطى الحشيش والدوافع التى تدفعه لأن يستجيب لهذه الظروف بأن يتعاطى.

■ مرحلة العمر التى يبدأ عندها معظم المتعاطين.

■ أسباب استمرار البعض فى التعاطى حتى يصبح تعاطياً منتظماً، وانقطاع البعض الآخر عن التعاطى وقد لا يعود إلى هذه الخبرة إطلاقاً.

■ نوع التأثير المباشر الذي يقع على متعاطى الحشيش، والتغير الذي يمكن أن يحدثه فى حالته الوجدانية،ومزاجه العام،ونشاطه الحسى،ووظائفه العقلية العليا، وقدرته على حل المشكلات التى تعترض طريقه فى حياته اليومية.

■ معرفة ما إذا كانت هناك آثار دائمة أو مزمنة لتعاطى الحشيش، وما إذا كان ذلك ينتهى بمتعاطيه إلى الإدمان.

■ مدي تأثير الحشيش على انتاجية الشخص سواء كان عمله يدوياً أو فكرياً.

■التحقق من صحة عدد من الأفكار الشائعة فى المجتمع عن الحشيش سواء من ناحية تأثيره على النشاط الجنسى، أو تنشيطه للقدرة على التفكير الابتكاري أو غير ذلك من الأفكار الشائعة.

■ معرفة ما إذا كانت آثار التعاطى(أيا كان نوعها أو إتجاهها) ترجع إلى التأثير الفارماكولوچى للحشيش أم إلى نوع من الايحاء الذاتى، نتيجة معتقدات اجتماعية سائدة.

كل ذلك كان يمثل عينة محدودة من عدد كبير من الأسئلة، كان على هيئة البحث تناولها ومحاولة الاجابة عليها اجابة علمية دقيقة.

خطوات البحث :

أولاً - القيام ببحث مسحى عل عينة من المتعاطين تتألف من حوالى خمسة آلاف متعاط وتسمى هذه العينة بالعينة التجريبية.

ثانياً - القيام ببحث على عينة من غير المتعاطين، تسمى بالعينة الضابطة على أن تكون بالحجم الملائم وإن لم يكن مماثلاً لحجم العينة التجريبية.

ثالثاً - القيام بدراسة تجريبية متعمقة على عينة تتألف من حوالى خمسمائة متعاط ممن يقبلون متطوعين أن تجري عليهم هذه الدراسة.

رابعاً - دراسة تجريبية متعمقة على عينة ضابطة.

وواضح أن هناك اعتبارات منهجية اكاديمية فى تحديد معالم هذه الخطة كما قررتها الهيئة فى بدء اهتمامتها بالمشكلة فى نوفمبر ١٩٥٧، ومنها ترتيب الدراسة المسحية أولاً، ثم الدراسة المتعمقة بعد ذلك، وهو ما تمليه الطبيعة المنهجية فى كل من الدراستين، وطبيعة الدور الذي تقوم به الدراسة المسحية فى ترشيد الدراسة التجريبية... الخ. ولكن كانت هناك اعتبارات أخري رؤي معها أن تبدأ الهيئة عملها بإعداد الادوات التى سوف تستخدمها فى جمع ملاحظتها وبياناتها، وأن تمتحن هذه الادوات لتعرف مدي صلاحيتها للقيام بمهمتها فى ظل الظروف المحيطة بالبحث ثم تبدأ الهيئة بعد ذلك بما يسمى بالدراسة الاستطلاعية للموضوع تجريها الهيئة على نطاق ضيق للإسترشاد بها فى التحقق من نقطتين

الأولى: التأكد من سلامة الطريق الذي اختارته لمواجهة المشكلة... إذا كان ينبىء بالوصول إلى حقائق هامة تتعلق بموضوع البـ... فتتعد لتنفيذ خطة الدراسة الأصلية وهى على درجة لا بأس بها من ... أن بعض جوانب الخطة تتطلب الحذف أو التعديل فنجري هذا ... التعديل قبل التورط فى الدراسة الأصلية الشاملة.

النقطة الثانية :

تعرف الهيئة على طبيعة العقبات التى سوف تصادفها أثناء جمع ملاحظتها وبياناتها وأثناء تحليلها لها، وكيف تستعد لملاقاتها. انه أنه أمام هذه الاعتبارات جميعاً، قررت هيئة البحث أن توجه عنايتها ... إلى الدراسات التمهيدية، مبتدئة باعداد أداة البحث الرئيسية، وتدريب الاخصائيين على تطبيقها، ثم الاختبار التجريبى لمستوي كفائتهم فى تحصيل معلومات يمكن الاعتماد عليها والثقة فى صحتها.

وهنا يستحق الأمر وقفة متأنية، تتاح لنا فيها نظرة شاملة للمسار الفعلي الذي قطعه هذا البحث الكبير، وخطة سيره كما تحققت واقعياً، فنجد أنه قد مر بثلاث مراحل متمايزة من العمل العلمي:

المرحلة الأولى :

وتمتد من نوفمبر ١٩٥٧ - إلي سبتمبر ١٩٦٠ وتضمنت توفر الهيئة على اعداد وتقنين الاستبار، الأداة الرئيسية للبحث.

المرحلة الثانية :

وتمتد من سبتمبر ١٩٦٠ إلى سبتمبر ١٩٦٢ وفيها تم إجراء الدراسة الاستطلاعية على أربع عينات من المفحوصين:

١-مجموعة من المتعاطين للحشيش بالقاهرة،قوامها٢٠٤من المفحوصين.

٢ - مجموعة من غير المتعاطين بالقاهرة، قوامها ١١٥ شخصاً.

٣ - محموعة من المتعاطين للحشيش ممن يقيمون بالمناطق شبه الحضرية والريفية بالصعيد، قوامها ٤٥ متعاطياً.

٤ - مجموعة من غير المتعاطين بنفس المناطق بصعيد مصر، قوامها ٤٠ شخصاً.

المرحلة الثالثة والأخيرة :

(وتمتد من يونيو١٩٦٥إلى نهاية١٩٧٥)وفيها تم إعداد أدوات جديدة للبحث وأجريت الدراسة الرئيسية على مجموعة كبيرة من المتعاطين للحشيش (٨٥٠)متعاطياً وتقابلها مجموعة ضابطة من غير المتعاطين(٨٣٩ شخصاً) وجميعهم من الموجودين في السجون المصرية فى فترة إجراء الدراسة.

ويحتاج الأمر إلى عرض موجز لما قامت به كل من هيئتي البحث فى كل مرحلة من المراحل الثلاث وما حققته كل منها فى كل مرحلة من الاهداف.

المرحلة الأولى : اختيار واعداد الوسائل الملائمة للدراسة :

فى هذه المرحلة استقر رأي الهيئة على اختيار (الاستبار) أداة رئيسية للبحث بوصفه أكثر الوسائل ملاءمة للبدء، حيث كان متوقعاً أن تصل الهيئة من خلاله، وعبر عدد من التقارير اللفظية للمفحوصين، إلى وصف ما يمكن قياسه من آثار المخدر (سواء كانت مباشرة أو تراكمت مع الزمن) على عدد من الوظائف النفسية الهامة، بحيث تكون في وضع يسمح لها بعد ذلك باستخدام مجموعة من الاختبارات النفسية الموضوعية المناسبة كنوع من أدوات إقامة الدليل أو البرهنة على صدق هذه التقارير اللفظية التى يتم الحصول عليها بواسطة الاستبار.

وقد مر تكوين الاستبار بعدد من الخطوات نجملها فيما يأتى:

(أ) تكوين الاستبار المبدئى غير المقنن.

(ب) تقنينه.

(جـ) تدريب الباحثين الميدانيين (المستبرين) على تطبيقه.

(د) دراسة ثباته.

(هـ) دراسة صدقه.

وقد تم تكوين استمارة الاستبار شاملة للجوانب التالية:

١ - التقدير الشخصى للمفحوص فى مدي انتشار الحشيش بين القطاعات المختلفة فى المجتمع.

٢ - خبرة التعاطى للحشيش كما يعيشها المفحوص.

٣ - الحالة الجسمية والمظهر العام للمتعاطى.

٤ - العمليات العقلية والادراكية لدي المفحوص.

٥ - السمات الوجدانية والشخصية.

٦ - سلوك المتعاطى فى السياق الاجتماعى المحيط به(الأسرة، العمل والصداقة...الخ).

٧ - السلوك الجنسى للمتعاطى

٨ - صورة الذات لدي المتعاطى وما يتصل بها من أبعاد.

٩ - راي المتعاطى فى التشديد المتزايد للعقوبة فى التشريعات القانونية والصادرة حول تعاطى المخدرات.

١٠ - تأثير الحشيش على عدد من الوظائف البيولوجية، كالشهية للطعام والشراب والميل إلى النشاط بوجه عام.

١١ - الآثار التراكمية نتيجة للتعاطى طويل المدي للحشيش.

١٢ - نمط العلاقات داخل أسرة المتعاطى فى طفولته وصباه.

١٣ - تاريخ التعاطى فى العائلة.

١٤ - نمط العلاقات داخل الأسرة الزوجية للمتعاطى.

١٥ - ظروف عمل المتعاطى.

١٦ - الأنشطة الترويحية للمتعاطى فى أوقات الفراغ.

١٧ - وصف جلسة تعاطى الحشيش.

١٨ - البيانات الشخصية عن المتعاطى (وتشمل مستوي تعليمه وأفراد أسرته، حالته المدنية، مهنته، حالته الاقتصادية، ظروف سكنه، حالته الصحية العامة).

ويلاحظ أن هذه الأجزاء بما تشمله من نقاط تفصيلية (حوالى ثمانين نقطة وردت فى التقرير الأول) والتى استقرت الهيئة على تضمينها استمارة الاستبار تحتوي على عدد من الأسئلة يزيد على ثلاثة أمثال هذه النقاط، وذلك لأسباب متعددة منها أن كثيراً من هذه النقاط عوملت على أنها رؤوس لموضوعات يلزم تقسيم مضمونها على عدد من الأسئلة ومنها أيضا اضطرار الهيئة لتكرار عدد من الأسئلة كوسيلة للتأكد من سلامة الاتجاه النفسى فى موقف الاستبار، ومنها كذلك إضافة بعض

الأسئلة التـي تتعلـق بفئـات خاصـة مـن المجيبين ولا تنطبق على جميـع أفراد العينة[1].

الدراسة الاستطلاعية :

تقرر أن تبدأ هذه المرحلة فور الانتهاء من تكويـن الاستبـار، وأن يتـم فيها إجراء سلسلة مـن الدراسـات الاستطلاعيـة تستهـدف فـي الأسـاس الوصول إلى معلومات تفيد التطبيق القريب، وتعين المسئولين عن انتهاج السياسـة الملائمـة لمواجهـة مشكلـة اجتماعيـة خطيـرة كمشكلـة تعاطـى المخدرات، وقد أجريت هذه الدراسات(باستخدام الاستبار فقط) علي أربع مجموعات من المفحوصين:

الأولى: مجموعة تجريبية قوامها ٢٠٤ من متعاطى الحشيش الذكور، تتراوح أعمارهم بين أقل من ٢٠ إلى ٥٢ سنة، ممن يقيمون بشكـل دائـم بمدينة القاهرة ثلثهم من الاميين، والبقية تمثل مستويات تعليمية مختلفة بدءاً من الالمام بالقراءة والكتابة إلي التعليم الجامعى.

الثانية: مجموعة ضابطة مقابلة للمجموعـة الأولـى تتكون من ١١٥ شخصاً من الذكور غير المتعاطين للحشيش أو أيـة مخدرات أخري تتراوح أعمارهم بين أقـل من ٢٠، وأكثر من ٥٠ سنـة ويتفاوت مستوي تعليمهم بين الأمية الكاملة والتعليم الجامعي.

الثالثة: مجموعـة تجريبيـة تشمل ٤٥ متعاطيـاً للحشيش ممن يقيمون فى المناطق شبه الحضريـة والريفيـة بصعيد مصر، من نفس مدي العمر فى المجموعات السابقة تقريباً والمستويات التعليمية المشار إليها.

الرابعة: مجموعـة ضابطـة قوامهـا ٤٠ شخصـاً مـن غيـر المتعـاطـين

---

(١) المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ١٩٦٠، تعاطي الحشيش في الاقليم الجنوبي - التقرير الأول - القاهرة: منشورات المركز.

ومشابهة للمجموعة السابقة من حيث الاقامة في المناطق شبه الحضرية والريفية بالصعيد ، ومن حيث مدى العمر ومستويات التعليم المختلفة.

أما ما كشفت عنه هذه الدراسات من نتائج فيشمل وفرة من المعلومات الهامة عن الظاهرة والجوانب المختلفة المرتبطة بها.

الدراسة الرئيسية ::

بالنسبة لهذه الدراسة التي تمثل حلقة المطاف في هذا البحث الكبير، كان هناك فيما يختص بحجم العينة — اعتباران راعتهما هيئة البحث الجديدة:

الأول: أنه ينبغي أن يكون كبيراً بدرجة تسمح بفرصة التعميم السابق للحقائق التي يمكن بلوغها عن الظاهرة.

الاعتبار الثاني: أن يسمح (هذا الحجم الكبير للعينات) بالتقسيمات الضرورية التي تقتضيها التحليلات الاحصائية لأغراض إكتشاف الروابط والعلاقات الممكنة بين المتغيرات «النفسية — الاجتماعية» وبين بعض الجوانب المتصلة بتعاطي الحشيش.

بالاضافة إلى ذلك تحققت لهذه الدراسة ميزة رئيسية لم تتوفر لسابقتها، هي إدخال مجموعة من الاختبارات النفسية الادائية (فضلاً عن الاستبار) في عمليات فحص عينات المتعاطين (ممن يمثلون أفراد العينة التجريبية) وغير المتعاطين (أفراد العينة الضابطة) وكان وراء هذا القرار باستخدام هذه الاختبارات النفسية الموضوعية في البحث اعتبار هام، يستند إلى أن التراث حافل بالاوصاف الانطباعية عن الصور المرضية العديدة للسلوك النفسي والحركي، بالنسبة لمتعاطي الحشيش، ولذلك كان حرص الهيئة على إدخال هذه الاختبارات ضمن أدوات بحثها لتحقيق عدد من الأغراض أهمها ما يأتي:

١ — أن تمد الهيئة بمعلومات كمية عن جوانب محددة من السلوك

النفسى الحركى، تسمح بعقد المقارنات بين الفئات المختلفة من المتعاطين للحشيش، إلى جانب المقارنة، بين هؤلاء وبين غير المتعاطين.

٢ - استخدام نتائج هذه الاختبارات كمحك خارجى لصدق عدد من الاحكام الشائعة بشكل عام على أنها أوصاف دقيقة للسلوك الفعلى لمتعاطى الحشيش.

٣ - يمكن الهيئة من اكتشاف المجال حول مدي الاتفاق بين أداء المتعاطين على الاختبارات، وبين تقريرهم عن أنفسهم من جوانب السلوك المشابهة لما تقيسه الاختبارات النفسية الأدائية. من ناحية ثانية فقد روعيت من جانب الهيئة مجموعة من الاعتبارات فى اختيارها لهذه الاختبارات من أهمها:

١ - أن تغطى مدي عريضاً نسبياً من الوظائف النفسية، المعرفية والحركية وغيرها.

٢ - أن تكون قابلة للاستخدام فى الحضارات المختلفة دون تحيز لحضارة معينة، وذلك حتى يكون ممكناً عقد المقارنات فى المستقبل بين الباحثين المختلفين، وغير البيئات الحضارية المختلفة.

٣ - أن تكون إجراءات تقديمها من البساطة والوضوح بحيث يسهل فهمها وأداؤها بالنسبة لكل المفحوصين من المستويات التعليمية المختلفة.

٤ - أن تستغرق وقتاً قصيراً فى تقديمها من جانب الباحث، وفى أدائها من جانب المفحوص بدرجة تسمح باكمال ما هو مطلوب فى عملية الاختبار، والاستبار أيضاً فى الوقت المقرر وفى نفس الجلسة.

٥ - يتم الاجراء فى حجرة خاصة قد تم تجهيزها فى السجون المصرية.

عينات المفحوصين فى الدراسة الرئيسية :

أجريت التطبيقات المختلفة للاستبار والاختبارات الموضوعية على مجموعتين من المفحوصين داخل مختلف سجون القطر المصري، بالوجهين

البحري والقبلي، (المجموعة الأولى - العينة التجريبية) قوامها ٨٥٠ من الأفراد المحكوم عليهم في جرائم تعاطى الحشيش، ممن قرروا أنهم كانوا يتعاطون الحشيش مرة واحدة على الأقل في الشهر، طوال السنة السابقة على سجنهم مباشرة. أما المجموعة الثانية (العينة الضابطة) فتتكون من ٨٣٩ شخصاً من غير المتعاطين ممن قرروا أنه ليس لديهم أية خبرة في تعاطى الحشيش أو أية مادة مخدرة أخري، وتم اختيارهم في هذا الموقف من كل المسجونين الذين يقضون مدة العقوبة لجرائم غير التعاطى أو الاتجار في المخدرات، واستبعد منهم أيضاً المسجونون بجرائم السرقة البسيطة، لسبب أن عدداً كبيراً منهم - كما تشير سجلاتهم - يقضون مدداً بسيطة خارج السجن وسرعان ما يعودون إليه، وهذا الظرف بكل ما له من دلالات نفسية واجتماعية يمكن أن يتدخل بشكل خطير عند مقارنتهم بالمجموعة التجريبية.

ويكشف الجدول رقم (٥) مدي التكافؤ بين المجموعتين في عدد من المتغيرات الهامة.

والواضح أن هناك بعض الفروق بين المجموعتين في عدد من المتغيرات، لكن هذه الفروق يمكن أن تتلاشى عند إجراء التقسيمات الفرعية لكل من العينتين لعقد المقارنات الضرورية بينهما ،وهذا ما تحقق بالفعل في مرحلة التحليل للنتائج، والتصدي لتفسيرها بعد ذلك[١].

---

(١) المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية ١٩٨٢، بحوث في المخدرات من عام ١٩٥٧ - ١٩٨٠. القاهرة: منشورات المركز.

جدول رقم (٥)

يوضح المتغيرات المختلفة لعينتى البحث التجريبية والضابطة

المتغيرات	المجموعة التجريبية ن = ٨٥٠	المجموعة الضابطة ن = ٨٣٩
العمر: المدي	من ١٥ سنة إلى ما فوق ٥٠ بقليل	من ١٥ سنة إلى ما فوق ٥٠ بقليل
المتوسط	٣٩ (٥ر١٠ سنة)	٣٣ (٧٥ر٩ سنة)
التعليم: أمى	٦٠٪	٨٠ر٥٤٪
يقرأ ويكتب ما قبل الثانوية العامة	٣٨ر٣٩٪	٧٥ر٣٨٪
ثانوية عامة	٧٢ر٪	٣٦ر٥٪
مؤهل جامعى	—	٠٩ر١٪
الحالة الاجتماعية: متزوج	٧٢٪	٤ر٥٨٪
أعزب	٢١٪	٩ر٣٦٪
مطلق	٦٪	٦ر٣٪
أرمل	١٪	١ر١٪
الريف والحضر: يقيمون بالحضر قبل السجن	٥٤٪	١ر٥٤٪
يقيمون بالريف قبل السجن	٤٦٪	٩ر٤٥٪
العمل: عاملون فى مهن تحتاج لمهارة	٢٥٪	٢٦٪
عاملون فى مهن لا تحتاج لمهارة	٧٥٪	٧٤٪

■ نتائج الدراسة :

وكانت من أهم النتائج التى توصلت إليها هيئة البحث فى المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ما يلى:

(أ) الاسباب التى تؤدي إلى تعاطى الحشيش :

- مجاراة الاصحاب.
- حب الاستطلاع.

- إظهار الرجولة.
- التقليد
- الحصول على متعة جنسية.

(ب) الاسباب التى تؤدي إلى إدمان الأفيون :

- تحمل مشاق العمل.
- الفرفشة.
- اللذة الجنسية.

(جـ) تزداد مرات التعاطى مع تزايد الظروف الاجتماعية السيئة.

(د) تزداد مرات التعطى مع زيادة دخل الفرد.

(هـ) تزداد مرات التعاطى مع تزايد عدد ساعات العمل اليومى للمتعاطى.

(و) يزداد تعاطى الحشيش عند العمال أكثر منه عند أي طبقة أخري.

(ز) يزداد تعاطى الحشيش مع زيادة المشكلات الأسرية بين والدي المتعاطي وكذلك مشكلاته مع أسرته الخاصة به هو(الزوجة والاولاد)[(١)].

■ الأثار النفسية الاجتماعية المباشرة للتعاطى :

تقوم بيانات هذا الجزء على سؤال المتعاطين عن تأثير الحشيش على عدد من العمليات والنتائج الاجتماعية. وكان أسلوب البحث فى هذه النقطة هو سؤال المتعاطين عن حالة بعض العمليات فى ظروف أربعة:

- فى حالة الحرمان.

---

(١) المركز القومي للبحوث الاجتماعية، ١٩٦٤، نتائج المسح الاستطلاعي في مدينة القاهرة - التقرير الثاني - القاهرة: منشورات المركز.

● فى الحالة العادية.

● فى حالة التخدير.

● وبعد الافاقة من أثر التخدير.

وسنعرض لأهم النتائج فى هذا الصدد.

■ بالنسبة للوظائف الادراكية فيمكن تلخيص النتائج فيما يلى :

إن إدراك الفترات الزمنية يختل فى إتجاه البطء وإدراك المسافة المكانية يختل فى إتجاه زيادة الطول وإدراك الاحجام يختل فى اتجاه التضخيم ويزداد الايهام بالنسبة لادراك الخطوط. فالاختلال فى هذه الوظائف إذن وحيد الاتجاه غالباً. إما فيما يتعلق بإدراك الالوان ووضوح الأصوات وأرتفاعها فهذه الاختلالات جميعاً مؤقتة بحيث تزول فى اليوم التالى للتعاطى.

● اضطرابات فى التذكر.

● اضطرابات فى التفكير تتمثل فى سرعة التنقل من فكرة إلى أخري أثناء التخدير Flights of Ideas ، وعدم التركيز وعدم القدرة على حل المشكلات، ووفرة وسرعة توارد الافكار دون إتجاه محدد.

■ الجوانب الوجدانية :

أوضحت الدراسة أن المتعاطين يتميزون بعدد من السمات الشخصية منها: ميل إلى التحكم والسيطرة وإتجاه إلى التسرع والمعارضة ونفور من الاجتماع بالناس مع الشعور بالقلق.

أوضحت الدراسة أثر التعاطى على الانتاج بأنه غاية فى الخطورة ذلك أن المتعاطى يؤدي إلى ضعف إنتاجية الفرد حيث أن عملية الانتاج ترتبط بالعمليات الادراكية والفكرية لدي الشخص وبذلك يمكن أن نفهم

أن اختلال كم الانتاج وكيف الانتاج من تأثير المخدر على هذه العمليات والوظائف[1].

٣ - دراسة مصطفى زيور (١٩٦٣) :

موضوعها: «تعاطى الحشيش كمشكلة نفسية».

وهى دراسة نظرية من أعمال الحلقة الثانية لمكافحة الجريمة، ويقول الدكتور زيور أن المرحلة التى ينتمى إليها سلوك متعاطى المخدرات هى مرحلة مجاورة للمرحلة التي ينتمى إليها المرضى بذهان «الهوس والاكتئاب». فحالة التخدير بالحشيش تختلف عن غيرها لما تتميز به من أنطلاق أخيلة هازلة لما تحفل به من مفارقات مؤدية إلى قهقهة خاصة تفرغ شحنات عظيمة من التوتر تفضى إلى «فرفشة» من نوع فريد، والدليل على ذلك أن الكثير من مدمنى الأفيون يتعاطون الحشيش أيضاً ويقرون أنهم يستشعرون «خرمان الحشيش» وهم فى حالة من التخدير بالأفيون، ويصرون على إختلاف النوعين من الخرمان، فهم يتناولون الأفيون أساساً، لاستبعاد آثار «خرمان» الأفيون المؤلمة جسمياً ونفسياً، وبالتالى لاستعادة النشاط ولالتماس القدرة على إحتمال المشقة، أما الحشيش فهم يتناولونه للحصول على تلك «الفرفشة».

إن التخدير بالحشيش ينفرد بخفض السكر فى الدم فيثير الجوع ولا سيما إلى المواد السكرية مما يعزز النكوص إلى العشقية الفمية المميز لحالات التخدير ويقول الدكتور مصطفى زيور فى دراسته أن المرح فى الإدمان إنما هو ضرب من الهوس Hipomania الصناعى، وهذا يعنى أن مرح الإدمان إنما هو ميكانيزم دفاعى للتغلب على الاكتئاب، والخلاص منه كما يحدث تلقائياً لدي بعض المرضى (بالهوس والاكتئاب). وتحدث

---

(١) المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. ١٩٦٠، تعاطي الحشيش في الاقليم الجنوبي - التقرير الأول - القاهرة: مشورات المركز.

الدكتور عن سيكولوچية المرح بوصفها محور سيكولوچيـة متعاطى الحشيش وأوضح أنه من خلال المقارنة بين الهوس والنوم أن الأساس الأول الليبيدي فى كليهما هو العشقية الفمية والاتحاد بثدي الأم.

ويري الدكتور مصطفى زيور اتفاقاً مع بحث سعد زغلول المغربى أن شخصية متعاطى الحشيش تميل إلى الانطوائية، والاكتئابية، الانسحابية بدرجات متفاوتة. أما أثناء التخدير فإن المتعاطى يحس مشاعر قوامها: إرتفاع تقدير الذات إرتفاعاً قد يصل إلى الجلال والسمو الفائق، وهذا يتضمن إنعدام كل شعور بالحطة أو العجز أو التوتر الناشىء عن تأنيب الضمير، كما يتضمن الاحساس بالخلود أو القدرة المطلقة على كل شىء والمتغلبة على كل متاعب الحياة الدنيا، ثم أن الشعور بأن الذات قد أصبحت مركز العالم، ولا تتحقق هذه السمات الوجدانية دائماً بأكملها بهذه الصورة لدي كل متعاط للحشيش، لكن هناك فروقاً فردية ترجع إلى تكوينات نفسية أو مزاجية متباينة من شأنها أن تدخل على صورة التخدير السابقة اختلافات كثيرة، فقد تعتري بعض المتعاطين فترات من الهيلة واضطراب خطير مؤلم فى الشعور بوحدة الكيان، وتخلخل صورة الجسم مما ينم عن اندلاع حال من انهيار وحدة الشخصية، أو قد تعتريهم فترات طويلة من الانقباض الاكتئابى مما يميز التكوين الاكتئابى المستفحل، أو قد تساورهم إمارات التشكك وأفكار التلميح مما يميز التكوين البارانوي.ومن الواضح أن هذه الاختلافات ترجع إلى أن ضروريا من الذهان والعصاب الفادح كانت كامنة ولم يقو المخدر على إنكار بواعثها بل زادها وضوحا[١].

٤ - دراسة حسن الساعاتى (١٩٦٣) :

موضوعها: «تعاطى الحشيش كمشكلة اجتماعية».

---

(١) مصطفى زيور، ١٩٦٢، تعاطي الحشيش مشكلة نفسية - من أعمال الحلقة الثانية لمكافحة الجريمة - القاهرة. المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. ص ص ٢٦ - ٣٩.

وقد تناولت هذه الدراسه ظاهره تعاطى الحشيش فى مصر من الناحيتين الاجتماعية والثقافية.

والمقصود بدوافع تعاطى الحشيش تلك الدوافع الداخلية التى تعتمل فى نفس الفرد فتجعله يتعاطي الحشيش سواء كان التعاطى بانتظام أي بطريق الاعتياد ،أم كان حسب المناسبات والظروف،وقد أوضح هذه الدوافع فيما يلى:

- تناسى الهموم واستجلاب السرور.
- تحصيل لذة جنسية كبري.
- استشعار روح الجماعة المرحة.
- دوافع أخري خاصة، ويقصد بهذه الدوافع الخاصة، تلك الدوافع التى تجعل بعض أفراد فئة معينة من الناس، كالفنانين مثلاً يتعاطون الحشيش بقصد إجادة الفن، وهناك من يتعاطى الحشيش ليتحايل على النوم ويعالج به حالة أرق شديد، وهناك من يتعاطى ليتحرر من ملل عمله الرتيب الذي لا يحتاج إلى حذق كبير.

وأكد الدكتور حسن الساعاتى فى بحثه أن متعاطو الحشيش يعتقدون أنه يذكى العقل ويعدل المزاج ويفيد الجسم ويرهف الاحساس، ومن لا يتعاطى محروم من كل ذلك من وجهة نظرهم،كذلك يري متعاطو الحشيش أنه غير محرم بالمقارنة بالخمر، وهذا إعتقاد خاطىء لديهم يحللون به تعاطيهم للحشيش[(١)].

٥ - دراسة سعد المغربى:

موضوعها: «سيكولوچية تعاطى المخدرات» (١٩٦٦).

---

(١) حسن الساعاتي، ١٩٦٣، تعاطي الحشيش كمشكلة اجتماعية - من أعمال الحلقة الثانية لمكافحة الجريمة- القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. ص ص ٥٦- ٦٤.

وقد اقتصرت هذه الدراسة على إدمان الأفيون فقط دون غيره من المخدرات.

عينة الدراسة ::

كانت عينة الدراسة كما ذكر الباحث كالآتي:

■ العينة قاصرة على مدمني الأفيون من المستويات الدنيا من السلم الاجتماعي للمجتمع، واقتصارها على هذه الطبقة أمر فرضته طبيعة ظاهرة تعاطي الأفيون نفسها فهو شائع في الطبقات الدنيا نادراً جداً في الطبقات العليا.

■ وكانت هذه العينة التجريبية وعددهم ٢٢٥ حالة طبق على عشرة منهم الاختبارات كلها.

■ عينة ضابطة وتشمل ٢٥٥ حالة طبق على ١٠٠ منهم كل الاختبارات المستخدمة في البحث كما هو الحال في المجموعة التجريبية.

■ الوضع الطبقي للعينة فقد قرر الباحث أن ١٠٠٪ من حالات المدمنين في العينة التجريبية ينتمون إلى الطبقة الدنيا، وهي طبقة العمال والفلاحين، وكذلك غير المدمنين ينتمون إلى هذه الطبقة (أي العينة الضابطة).

■ المستوى التعليمي عند العينة تراوح بين الأمي والضعيف القراءة والكتابة، وكان أكثرهم تعليماً حاصل على شهادة متوسطة.

■ أما الوضع المهني فكانت العينة التجريبية كالآتي:

— صبي نجار، فلاح في الأرض، مزارع، صبي ترزي، صبي حلاق، بائع خضار، صبي لبان، صبي بواب.

■ أما عن الوضع المهني للعينة الضابطة فكان كالآتي:

— صبي نجار، صبي بقال، صبي ميكانيكي، عامل بمحل خردوات، كاتب بمحل، صبي حلاق، بائع غازوزة، صبي نجار موبيليا، بائع خضار، طباخ.

فروض الدراسة :

١ - إن إدمان المخدرات وبخاصة الأفيون هو عرض Symptom ونتيجة لاضطرابات عنيفة فى الشخصية.

٢ - إن ظاهرة الإدمان عملية تكيفية وظيفية دينامية.

٣ - إن هناك استعداداً تكوينياً معيناً يبدأ فى مراحل النمو النفسى المبكر يؤدي إلى القابلية للإدمان.

٤ - إن شخصية المدمن تتسم وتقوم على الخصائص الآتية:

(أ) ضعف الذات.

(ب) كف العدوان واضطراب التوحد والتعيين الذكري.

(جـ) السلبية وانخفاض مستوي الطموح.

(د) التشاؤم وعدم الثقة بالسلطة والنظم الاجتماعية كموضوعات أو وسائل إشباع.

أدوات الدراسة :

وقد استخدم الباحث الادوات التالية:

(أ) المقابلة الحرة التى أمدته بالتاريخ التطوري للحالة ونوع العلاقات الاسرية وبخاصة فى المراحل المبكرة للطفولة.

(ب) إختبار الرورشاخ.

(جـ) اختبار لمفهوم الذات والآخر (من وضع الباحث).

(د) استبيان مستوي الطموح.

(هـ) اختبار الاحباط المصور لروزنزفيج.

(و) تحليل الاحلام.

نتائج الدراسة :

أيدت الدراسة الفروض التى وضعها الباحث وانتهى إلى:

- سيكولوچية المدمن تقوم على محور واحد وهو كف العدوان وأن هذا الكف ينسحب على بقية نواحى الشخصية من ضعف الذات، وانخفاض اعتبارها والسلبية، وانخفاض مستوي الطموح واضطراب التوحد، والتعيين الذكري، والتشاؤم وعدم الثقة بالسلطة والنظم الاجتماعية[1].

٦ - دراسة سويف (١٩٦٧) :

وموضوعها: «استخدام الحشيش فى مصر».

عينة الدراسة :

مجموعة تجريبية: وهى تضم جميع الذكور الذين يتعاطون الحشيش والذين تم اعتقالهم فى سجون القاهرة فى الفترة ما بين يونيو ١٩٦٧ ومارس ١٩٦٨ وكانت تتراوح أعمارهم ما بين ١٥ إلى ما فوق ٥٠ سنة بمتوسط عمر قدره ٣٩ سنة وكان عدد هذه العينة ٨٥٠ متعاطي للحشيش.

■ الحالة المدنية :

٧٢٪ منهم متزوجين، ٢١٪ عزاب، ٦٪ مطلقين، ٧٪ أرامل.

■ الحالة التعليمية :

٦ فقط منهم استكملوا تعليمهم العالى.

■ الحالة المهنية :

٢٥٪ منهم عمال مهرة والباقون يتمتعون بمهارة بدرجة متوسطة أو معتدلة.

---

(١) سعد زغلول المغربي، ١٩٦٦، سيكولوچية تعاطي المخدرات - رسالة دكتوراه (غير منشورة) كلية الآداب - جامعة عين شمس

● بالنسبة للدخل :

٦٥٪ منهم يحصلون على ١٥ جنيهاً فى الشهر.

■ المجموعة الضابطة :

تكونت من٨٣٩ مفحوص من المسجونين الغير متعاطين للمخدر، تراوحت أعمارهم ما بين ١٥ - ٥٠ سنة بمتوسط قدره ٥ر٣٣ سنة.

الحالة الاجتماعية :

٨ر٥٤٪ منهم كانوا متزوجين، ٩ر٣٦٪ منهم عزاب، ٦ر٣ مطلقين، ١ر١٪ أرامل.

الحالة التعليمية :

٨ر٥٤ منهم غير متعلمين، أما الباقين فكانوا على درجة من التعليم لا بأس بها. ٤٤ من المفحوصين حصلوا على شهادات المدارس العليا، ٩ من المفحوصين حصلوا على شهادات جامعية.

الحالة المهنية :

٢٦٪ لديهم مقدرة عالية فى المهارات أما الباقين فقد كانوا يتراوحون بين المتوسط والعادي أو المعدم.

● بالنسبة للدخل :

٥٠٪ منهم يحصلون على ١٥ دولار فى الشهر.

■ أدوات الدراسة :

- المقابلة الشخصية للمجموعة التجريبية وتتضمن ٢٥٨ سؤال.

- المقابلة الشخصية للمجموعة الضابطة وتتضمن ١٤٧ سؤال.

-اختبارات موضوعية للمسافة والدقة والحركة والذاكرة المباشرة والتآزر الحركى والتآزر البصري والتقدير للزمن والاطوال.

■ **نتائج الدراسة :**

أدلت معظم المجموعة أن سبب تعاطى الحشيش كالآتى:

- القدرة على مسايرة الجماعة.
- القدرة على التصرف كالرجال الحقيقيين.
- تقليد الآخرين.
- حب الاستطلاع.
- نسيان مشاكل الفرد الشخصية.
- القضاء على الأرق والاكتئاب.
- دواء ضد الكسل.
- الحصول على المتعة الجنسية.

- وكذلك أكدت النتائج أن متعاطى الحشيش يميلون بدورهم إلى استخدام بعض المواد الفعالة التى لها أثر على الجهاز العصبى فهم يميلون إلى استخدام الكحوليات والقهوة.

- إن تعاطى الحشيش له أثره على الجهاز العصبى.

-إن التأثير المباشر للحشيش يحدث اضطراباً فى الإدراك بحيث تطول المسافات وتختلف الاحجام وتهتز حدود الاشياء وتبدو الالوان أكثر نصوعاً.

- يقل الانتاج أثناء تعاطى الحشيش وعند الرغبة فى تناوله.
- إن المدمنين شديدي الإدمان ممكن أن نطلق عليهم مرضى اجتماعيين.
- مدمنى الحشيش لديهم سوابق إجرامية تكثر عن المجموعة الضابطة.
- متعاطى الحشيش بطىء التعلم بالمقارنة بغير المتعاطين[1].

---

(1) Souief M.I.,1971, The Use of Cannabis (Hashish) In Egypt - A Behavioural Study - Bulletin on Narcotics, Vol XXIII No.4. PP 17 - 21.

٧ - دراسة سويف (١٩٧٠) :

موضوعها «دراسة ايدلوچية الحشيش».

ويقصد بهذا التعبير مجموع الاعتقادات التى يرجح إنها توجه المتعاطين وتبرر لهم مواقفهم أو تصرفاتهم تجاه عدد من المسائل المتصلة بهذا المخدر.

فروض الدراسة :

- تفترض هذه الدراسة أن المربين والمعالجين والمشرعين، وكل أعضاء المؤسسات الاجتماعية المعنية بتعديل السلوك فى مجال الاعتماد على المخدرات فى حاجة إلى التعرف على الحقائق والمعلومات العلمية الدقيقة حول الآراء والقيم التى تحكم سلوك المتعاطين تجاه المسائل المتصلة بالمخدر، على أساس أن هذه المعلومات تساعد على التخطيط الأفضل لإجراءات أكثر فعالية.

نتائج الدراسة :

- إن المتعاطين للحشيش لا يرون أنفسهم بنفس الصورة التى يراهم بها الأفراد غير المتعاطين، فيما يتصل بالقيم الدينية والميل إلى السلوك الإجرامى، حيث قرر معظم المجموعة التجريبية أن الحشيش غير محرم دينياً، وكذلك لا تري نفس المجموعة أن هناك علاقة أساسية بين اعتياد تعاطى الحشيش وبين الميل إلى الجريمة وإرتكابها بالفعل.

- إن المتعاطين للحشيش يبدون أكثر حرصاً عن غير المتعاطين على إقصاء ابنائهم عن تعاطى المخدر.

- إن نسبة كبيرة من المتعاطين أوصت بإتخاذ إجراءات مشددة ضد جلب الحشيش والاتجار غير المشروع فيه، كما رأت النسبة الغالبة منهم أن توفير التسهيلات الممكنة لتتقدم طواعية للعلاج يمثل خطوة فى الاتجاه

الصحيح لحل مشكلة تعاطى المخدرات[1].

٨ - دراسة السكرتارية العامة للهيئة الدولية للشرطة الجنائية (١٩٦٩) :

موضوعها: «تعاطى الشباب للمخدرات والمواد المؤثرة على النفس والعقل».

وقد حددت هذه الدراسة الشباب من بلغ من العمر أقل من ٢٥ سنة وأوضحت هذه الدراسة الآتى:

■ أن هناك تزايد مستمر فى عدد الشباب الذي يستعمل أو يسيىء الاستعمال للمخدرات أو المواد المؤثرة على العقل والنفس.

■ إن الشباب يحصلون على المخدر بطريقتين من التجار المحترفون أو المدمنون الآخرون.

■ إن المصادر المالية للشباب غالباً ما تكون من الأجر الشخصى أو المصروف الذي يحصل عليه من الأسرة، أو من ممارسة بعض الأنشطة الاجرامية.

وحددت هذه الدراسة الفئات التى ينتمى إليها الشباب المدمنين على المخدرات من حيث طبقاتها الاجتماعية كالآتى:

■ الشباب الذي يتعاطى المخدرات فى الدولة الصناعية لا ينتمى إلى طبقة اجتماعية معينة، لكنه ينتمى إلى مجموعات من الأفراد، لهم عرف خاص فى المجتمع الحديث ينازعون من أجله.

■ يقتصر استعمال المواد المؤثرة على النفس والعقل فى هذه المجتمعات الصناعية على شباب الطبقات الراقية.

---

(1) Souief M. I., 1973, Cannabis Ideology, A Study of Opinipn and Beliefs Centering Around Cannabis Consumption. Bulletin on Narcotic (XXX 4). Cairo: UCSCR. PP. 33 - 38.

■ بينما ينتشر التعاطى للمخدرات فى الدول التى لا يوجد فيها إلا القليل من الصناعة على الطبقة الفقيرة، ويرجع هذا إلى ظروف الحياة الشاقة التى تجعلهم يلجأون إلى تعاطى المخدرات كنوع من الهروب.

وقد حددت هذه الدراسة دوافع تعاطى الشباب للمخدرات كما أدلت به معظم الدول المشتركة فى الدراسة كالآتى:

١ - الفضول (حب الاستطلاع) كما ذكرت معظم الدول المشتركة.

٢ - مسايرة التيار، فالشباب يريد مسايرة التيار (الموضة) دون التمييز بين الطيب والردىء منها.

٣ - الحصول على السعادة المحرمة.

٤ - الرمزية: فقد أشارت الولايات المتحدة الامريكية إلى أن إستعمال المخدرات كان يعتبر لدي بعض الشباب رمزاً للاعتراض على المجتمع الذي يعيشون فيه(١).

٩ - دراسة محمد السيد حنورة (١٩٧٣) :

موضوعها: «دراسة للاستخدام الغير طبى للمواد المنشطة نفسياً بين طلاب المدارس الثانوية الذكور فى مصر». وهى دراسة انتشارية.

أهداف الدراسة :

الهدف الرئيسى لهذه الدراسة هو وجود إجابة حتمية للأسئلة الآتية:

-كيف انتشر سوء استعمال المخدرات بين الذكور فى المدراس الثانوية؟

- ما هى المواد المؤثرة نفسياً الأكثر شيوعاً واستعمالاً؟

- ما هى المتغيرات النفسية والاجتماعية المرتبطة مع استعمال هذه المواد؟

---

(١) السكرتارية العامة للهيئة الدولية للشرطة الجنائية، ١٩٧١، تعاطي الشباب للمخدرات والمواد المؤثرة على النفس والعقل. القاهرة: المكتب الدولي العربي لشئون المخدرات.

عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة من حوالى ٦٠٠٠ ستة آلاف طالب اختيروا من حوالى ١٢٤ فصلاً دراسياً موزعين على ٢٤ مدرسة ممثلة جميع أنحاء مدينة القاهرة. وكان عمر هذه العينة يتراوح من ١٢:١٦ سنة.

أداة البحث :

■ وضع استخبار خاص لهذه الدراسة يتكون من ٨٦ سؤالاً وقد حسب ثبات وصدق الاستبيان وقد قام بتطبيق هذا الاستبيان عدداً من الباحثين المؤهلين.

نتائج الدراسة :

■ المخدرات الطبيعية أكثر انتشاراً فى حياة المفحوصين عن المخدرات التخليقية.

■ معظم المفحوصين تعرفوا على المخدرات عن طريق أصدقاءهم وإتصالاتهم.

■ المفحوصون الكبار فى السن جربوا المخدرات التخليقية أكثر من صغار السن.

■ طلاب القسم الادبى أكثر تعرضاً للمخدرات عن زملاءهم من القسم العلمى.

١٠ - دراسة يحيى الرخاوي (١٩٧٠) :

موضوعها: «علاج المدمنين صحياً».

وقد أكد فيها أن متعاطى المخدرات يكون دافعه الاول للتعاطى الحصول على لحظات نشوة وهى حالة مزاجية عابرة قوامها الشعور بأن كل شىء على ما يرام[١].

---

(١) يحيى الرخاوي ١٩٧١، الانسان وصحته النفسية. القاهرة: الانجلو المصرية.

١١ - دراسة رشاد كفافى (١٩٧٣) :

موضوعها: «سيكولوچية اشتهاء المخدر لدي متعاطى الحشيش».

هدف الدراسة :

حددت المشكلة فى هذه الدراسة فى مجال الاعتماد على المخدرات على إنها المتعاطي ذاته، وقد حددها الباحث على إنها المتعاطى فى حال الخرم، بحيث يتمكن من إلقاء الضوء على سيكولوچية المتعاطين أثناء الخرم.

عينة الدراسة :

ضمت عينة الدراسة مجموعة من الأفراد ممن يتعاطون الحشيش أو السجاير على ألا تقل كمية السجاير بالنسبة للفرد الواحد عن ٢٠سيجارة يومياً. وكانت عينة البحث مكونة من ستة أفراد كالآتى:

حالة رقم (١) متعاطى حشيش، عامل، سواق، اعزب، السن ٣١ سنة، يقرأ ويكتب.

حالة رقم(٢) متعاطى حشيش، موظف، السن ٣٩ سنة، متزوج، تعليميه متوسط.

حالة رقم (٣) متعاطى حشيش، متعهد سجاير، تاجر جملة، متزوج، ٥٢ سنة.

حالة رقم (٤) متعاطى ليس له عمل ثابت، متزوج، السن ٣٠ سنة، يقرأ ويكتب.

حالة رقم (٥) مدخن ٤٧ سنة متزوج، يقرأ ويكتب.

حالة رقم (٦) مدخن ٢٥ سنة، أعزب، يقرأ ويكتب.

وقد قسم الباحث المتعاطين إلى حشاش ومدخن.

وقد تمت الدراسة بالنحو التالى :

١ - استبار المفحوصين وذلك لالقاء الضوء على مجالات محددة.

٢ - القيام بجلسات التداعى الحر للمفحوصين فى حال الخرم.

٣ - القيام بجلسات التداعى الحر للمفحوصين فى الحال العادية.

٤ - تطبيق اختبار تفهم الموضـوع كتكنيك اسقاطى على المفحوصين فى احوالهم المتباينة (الخرم - العادية - النشوة).

وكان الاستبار يكشف عن النقاط الآتية:

١ - ظروف بدء التعاطى.

٢ - تأثير التعاطى وفيها يتكلم المفحوص عن تجربة التعاطى وما يمر به من أحوال متعددة تبين صور الأحوال الأربع التى يخبرها المتعاطى ألا وهى:

(أ) حالة التخدير.　　(ب) ثانى يوم صباحاً.

(جـ) الحالة العادية.　　(د) حالة الخرم.

٣ - العلاقة بالوالد.

٤ - العلاقة بالأخوة.

٥ - العلاقة بالوالدة.

٦ - العلاقة بالزوجة.

٧ - العلاقة بالأبناء.

٨ - العلاقة بالاصدقاء.

٩ - العلاقة بالجنس الآخر.

نتائج الدراسة :

١ - تتسم حالـة الخـرم بالتوتر الناجـم عن الاحباط الفمى، بالإضافة إلى الحصر والاكتئاب والعجز وإفتقـاد الاحسـاس بالأمـن، وهذه المشاعر

والأحاسيس التى يوجد بعضها فى الحال المعتاد ولكن على نحو أخف وطأة مما هو عليه الحال فى الخرم، وترجع هذه المشاعر إلى إفتقاده للموضوع الطيب (الثدي) وفى حالة الخرم قد تستثار لديه من مخاوف وقلق الخصاء تلك التى ينجح بالتعاطى فى انكارها.

٢ - الشعور بالحاجة إلى الاشباع السريع دون مقدرة على الارجاء، فالمتعاطى يشعر بالرغبة فى إرضاء أناه الأعلى الذي يقوم بالحجز على رغبات الهى، إلا أن الأنا هنا فى الخرم يكون أكثر تعاطفاً مع مطالب الهى تلك التى تتمثل فى حاجته إلى الحب وأن يعين ذاته بالمحبوب، وأن يفنى فيه، بينما نجده في الحال المعتاد أكثر تعاطفاً مع مطالب الأنا الأعلى وإن حال الخرم تجعله أكثر حساسية لتأثير المخدر بحيث أن قدراً ضئيلاً منه يحدث التأثير المرغوب.

٣ - عدم الكفاية والمقدرة على التعامل مع الواقع وإقامة علاقة انسانية، ومن ثم العزوف عن عقد تلك الصلات، أي أنه غير راغب فى التواصل الانسانى والتخدير وسيلته فى عقد صلته بالواقع والتعامل معه بكفاية.

٤ - تزداد فى الخرم مقدرته على العطاء ضعفاً، فهو لا يستطيع أن يعطى دون مقابل.

٥ - الافتقار إلى وجود الأم والرغبة في التواجد معها، واشباع الرغبات وتحقيق هذه الرغبات هلوسياً، فهو في حال الخرم يستشعر ضرورة الاشباع الفمى والرغبة فى الحب والدفء من قبل الأم يدفعه إلى أن يتحول تجاه الأب، فهو يقف موقفاً أوديبياً سالباً، وفى حال التعاطى تتواجد الأم كموضوع طيب ومثالى يقوم باشباع رغباته الفمية، وهنا يستشعر المتعاطى تحصله على القدرة المطلقة على تحقيق الرغبات، وبادماج موضوع الاشباع الفمى فى التعاطى فإنه يستشعر الاقتراب من آناه الاعلى ذي القدرة المطلقة الذي يرغب -فى الخرم- فى الحصول على

رضائه، ويهاجم بشدة الجانب القاسى السيء منه الذي تشتد قسوته فى الخرم، كما وأنه يستشعر تلك الحال الاخيرة كاحباط من جانبه، لما يعتمل فى نفسه من رغبات للهى يدينها بشدة، ويمكن القول بأن الأنا يزداد ضعفاً فى الخرم بينما يشتد الأنا الأعلى قسوة.

٦ - الارتداد إلى الوضع الفصامى البارانوي، وما يتسم به من حصر وصراعات ذات طبيعة اضطهادية، واللجوء إلى الميكانيزمات البدائية، ولكنه ليس نفسه ارتداد الذهانى، فهو ليس ارتداداً شاملاً وتاماً.

٧ - الميل إلى الحصول على القدرة المطلقة والعمل على استعادتها، وكذلك النزعة إلى الحصول على رضاء الأنا الأعلى ذي القدرة المطلقة.

٨ - موقف المتعاطى من تعاطى الحشيش مضاعف الحتم، فهو تارة إدماج لموضوع سيىء، وتارة بمثابة إدماج للموضوع الطيب، وتارة ثالثة بمثابة إدماج لموضوع محبوب ومكروه فى آن واحد، وهكذا يتسم الموقف من التعاطى بالثنائية الوجدانية والتناقص فى الارادة.

٩ - ثمة ما يوحى بأن تعاطى الحشيش لا يشبع خرمه فحسب، وإنما يشبع أيضاً خرم السيجارة، وإن لم يكن العكس صحيحاً، وهكذا يمكن من إفتراض أن خرم السيجارة والحشيش ينتميان إلى مصادر متقاربة، وإن يكن الاشباع الذي يحققه تعاطى الحشيش أقوي، أي إنه يمكن القول أن تعاطى الحشيش يمكنه أن ينكر المشاعر الاكتئابية.. بينما السجاير ليست كفيلة بانكارها كلية.

١٠ - إن خرم الحشيش يمكن اشباعه جزئياً بمواد بديلة كالأفيون أو أن خرم الحشيش إنما هو خرم لتحقيق حال من المرح.

١١ - البناء النفسى لمتعاطى الحشيش قريب من البناء النفسى لدي مرضى الاكتئاب والهوس.

١٢ -متعاطى الحشيش فى حال الخرم ينشد الاشباع الفمى كما تحققه

جلسة التعاطى، وما تتسم به من وجود رفقة في التعاطى يتحقق بوجودهم ضرب من التواصل الانسانى.

١٣ - تزداد صورة الذات رداءة وعجزاً فى حال الحرم ويتعاطى الحشيش يحقق لها طيبتها ويضفى عليها طابعاً مثالياً[١].

١٢ - دراسة فاروق عبد السلام (١٩٨٠) :

موضوعها: «دراسة نفسية اجتماعية لبعض المتغيرات المتعلقة بالإدمان»

أهداف البحث :

يحاول الباحث الاجابة على الأسئلة الثلاثة الآتية:

١ - ما هى العوامل الاجتماعية والنفسية المتصلة بالإدمان؟

٢ - ما المتغيرات النفسية التى قد تطرأ على المدمن عند انقطاعه عن المخدر؟

٣ - ما المتغيرات النفسية التى قد تطرأ على المدمن من جراء تنفيذ برنامج أولى للعلاج النفسى؟

فروض الدراسة :

١ - إن الشعور بعدم الطمأنينة الانفعالية أكثر شيوعاً عند مدمنى المخدرات؟

٢ - إن مدمنى الأفيون ينتمون إلى مستويات ذكاء منخفضة؟

٣ - إن الأعراض السيكوباتية تشيع لدي مدمنى الأفيون أكثر من الأعراض الذهانية أو الأعراض العصابية.

٤ - إتجاهات مدمنى المخدرات حيال المتغيرات التى يقيسها اختبار

---

(١) محمد رشاد سيد كفافي، ١٩٧٣، سيكولوجية اشتهاء المخدر لدى متعاطي المخدرات - رسالة ماجستير (غير منشورة) - كلية الآداب - جامعة عين شمس.

ساكس وهى الأسـرة، الجنس، العلاقـات الانسانيـة وتصـور الذات تتسم باضطراب التوافق والسلبية.

٥ - إن اضطراب الشخصية لدي المدمنين، كما يكشفها اختبار تفهم الموضوع هى من نوع الاضطرابات عميقة الجذور.

٦ - تختلف السمات السيكولوچية لدي المدمنين، كما يكشفها اختبار تفهم الموضوع هى من نوع الاضطرابات عميقة الجذور.

٧ -تختلف السمات النفسية لدي المدمنين المتحررين فسيولوچياً عنها عند تحررهم النفسى(معبراً عنه بالبقاء فترة ثلاثة شهور بالمصحة).

٨ - تختلف السمات النفسية لدي المدمنين الذين تعرضوا للعلاج النفسى عن هؤلاء الذين لم يتعرضوا لأي نوع من العلاج.

٩ - إن الإدمان عادة يبدأ فى المراهقة.

١٠ - إن المدمنين ينتمون إلى مستويات اجتماعية اقتصادية دنيا.

١١ - هناك علاقة طردية بين الإدمان والنشاط الجنسى.

١٢ -آثار الأفيون تختلف عند بدء الإدمان عنها عند آخر مرة تعاطى.

١٣ - الحالة المزاجية النفسية للمخدر تختلف وهو تحت تأثير المخدر عنها وهو خارج ذلك التأثير.

١٤ -إن المدمنين يصفون مجتمع المدمنين بصفات تشيع فيها السلبية، والازدراء وعدم التقدير.

عينة البحث :

تتكون عينة البحث من جميع المتقدمين طواعية للعلاج الداخلى بمصحة الامراض النفسية بالخانكة فى الفترة من١٩٧٤/٩/١، ١٩٧٥/٣/٣١، أي مدة ستة شهور. وقد بلغ مجموع مدمنى الأفيون الذين دخلوا المصحة فى هذه الفترة ٥١ فرداً استبعد منهم ٩ حالات لعدم صلاحيتهم للبحث، وتمت دراسة بقية الحالات وعددهم ٤١ حالة.

■ العمر الزمنى للعينة تراوح من ٣٠ - ٥٧ سنة.

■ معظم العينة كانوا متزوجين.

أدوات البحث :

١ - استمارة مقابلة لدراسة المتغيرات النفسية والاجتماعية لمدمنى الأفيون.

٢ - اختبار الشخصية المتعدد الأوجه.

٣ - استفتاء ماسلو.

٤ - اختبار تفهم الموضوع.

٥ - اختبار ساكس لتكملة الجمل.

٦ - اختبار الذكاء المصور.

٧ - جلسات المناقشة الجماعية.

نتائج البحث :

١ - افتقار المدمنين إلى الطمأنينة النفسية مما جعلهم يلجأون إلى الإدمان لمدارة هذه المشاعر المسيطرة عليهم.

٢ - مدمنى الأفيون ينتمون إلي مستويات ذكاء منخفضة.

٣ - مدمنى الأفيون ينتمون إلي مستويات إجتماعية دنيا.

٤ -وجود مشاعر حرمان واسعة لدي المدمنين فى فترة الطفولة المبكرة.

٥ - عدم حل الموقف الاوديبى.

٦ - وجود مظاهر للسلوك السيكوباتى والميول العصابية.

٧ - وجود خلل فى نظام الثواب والعقاب فى مرحلة الطفولة.

٨ - تدور الصراعات حول الوصول للاشباع العاجل وكذلك مشاعر القلق.

وقد جاءت نتيجة هذه الدراسة مؤيدة لمعظم الفروض التى وضعها الباحث لدراسته[1].

١٣ - دراسة محمد رمضان محمد (١٩٨٢) :

دراسة محمد رمضان محمد للدكتوراه بعنوان «تعاطى المخدرات لدي الشباب المتعلم» (١٩٨٢).

هدف البحث :

- بالرغم من أن كل البحوث السابقة عن التعاطى والإدمان قد انتهت إلى أن هناك سمات مشتركة تميز المتعاطين فى شخصياتهم إلا أن هناك سؤال ملح هو:

- لماذا هؤلاء الاشخاص بتلك السمات اصبحوا متعاطين رغم اشتراكهم مع غيرهم فى السمات والآخرين لما لم يصبحوا مدمنين؟
- ولماذا أصبحوا مدمنين على عقار معين؟
- ما الذي دفع الفتاة الجامعية لأن تصبح مدمنة حشيش وما الذي يسم بنائها النفسى؟
- ما هى الفروق بين طلبة وطالبات الجامعة المدمنين والمدمنات في بنائهم النفسى وديناميات الشخصية؟
- ما هى أوجه التشابه الموجودة بين الطلبة والطالبات المدمنين والمدمنات؟
- هل تتسم الاناث بقدر أكبر من العدوان عن الذكور؟
- هل الإناث أكثر توافقاً من الذكور فى ممارسة أدوارهن الاجتماعية.

---

(١) فاروق عبد السلام، ١٩٨١، بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية المتعلقة بالإدمان - رسالة دكتوراه (غير منشورة) - كلية التربية - جامعة الأزهر.

عينة البحث :

عينتين من الذكور والاناث المدمنين والمدمنات للحشيش.

خصائص عينة (الذكور) :

- أن يكون فى المرحلة الجامعية خلال السنة الأولى حتى الرابعة.
- لديه خبرة التعاطى لمدة ثلاث سنوات متواصلة.
- عدد مرات تعاطيه لا تقل عن ٤ مرات أسبوعياً.
- لديه الرغبة فى التعاون فى البحث.
- عدد أفراد عينة الذكور خمسة أفراد.
- كانوا يمثلون مستويات اقتصادية مختلفة.
- السن تراوح بين ١٩ - ٢٤ سنة.
- الحالة الاجتماعية: غير متزوجين.
- المهنة: طلاب.
- المخدر: الحشيش.
- أسلوب التعاطى: الجوزة والسيجارة.
- التخصص: (١) كلية الحقوق، (٢) من كلية الآداب، (١) وواحد من تجارة الخرطوم، (١) من معهد التعاون.

عينة الإناث :

تتمتع عينة الاناث بنفس خصائص عينة الذكور وهى:

- أن تكون فى المرحلة الجامعية خلال السنة الأولى حتى الرابعة.
- لديها خبرة التعاطى لمدة ثلاث سنوات متواصلة.
- عدد مرات تعاطيها لا تقل عن ٤ مرات أسبوعياً.

- لديها الرغبة فى التعاون فى البحث.
- عدد أفراد العينة خمسة اناث.
- الوضع الاقتصادي، يمثلون طبقات مختلفة.
- السن من ١٩ - ٢٤ سنة.
- الحالة الاجتماعية: غير متزوجات.
- المهنة: طالبات.
- أسلوب التعاطى: الجوزة، السيجارة.

كيفية اختيار العينة :

بدأ التعرف على العينة عن طريق أحد الاشخاص الذي عرفه الباحث على المبحوث الاول وشرح له الغرض من البحث وعن طريق المبحوث الأول تعرف الباحث على بقية المبحوثين.

أدوات البحث :

- المقابلة الاكلينيكية (حرة غير مقننة).
- اختبار البيكفورد الاسقاطى المصور.
- اختبار اليد الاسقاطى.
- اختبار التوافق لهيوم بل.

نتائج الدراسة :

١ - إن الفتاة المتعلمة فى محاولة منها للتكيف مع اضطراب وجودها نجدها ترفض صورة الوجود على النحو الانثوي وتتمرد عليه، وتحاول أن تحيا من خلال كونها ذكراً على المستوي المتخيل.

٢ - كما وجد لديهن شجاعة ظاهرة فى طلب الجنس عن الذكور وهى شجاعة تخفى خوفاً كامناً من الضعف الانثوي.

٣ -إن المشكلة الاساسية التى يعانى منها المدمن والمدمنة هى مشكلة اضطراب الوجود مع الآخر،فيذهبا إلى عالم الحشيش والمخدرات فى محاولة منهما للتكيف مع انفسهم وللحصول على المشروعية التى افتقداها فى عالمهما الواقعى.

٤ - ان علاقة الذكر بالأم هى علاقة اعتماد طفلى تماماً فالأم هى موضوع الحب والحنان والعطف والعطاء الدائم المتدفق، بينما تتسم علاقة الفتاة بأمها بالتمرد والعصيان.

٥ - يتفق كل من الذكور والاناث فى التمرد على السلطة بكافة اشكالها وإن اختلف اسلوب التمرد عند كل منهما(١).

نقد موجز للدراسات العربية السابقة :

بعد هذا العرض للدراسات العربية التى تناولت موضوع الإدمان تري الباحثة مايلى:

- اقتصار هذه الدراسات على دراسة المخدر ونوعه أكثر من تركيزها على المتعاطى نفسه.
- التركيز الأكبر على الآثار الجسمانية الناتجة من تناول المخدر وعدم تناوله ولم تركز على العوامل التى دفعت لهذا التعاطى للمخدر.
- معظم الدراسات انصبت على دراسة الحشيش وكأنه المخدر الوحيد الموجود فى مصر على الرغم من شيوع الأفيون وغيره من المخدرات التخليقية التى زاد الإدمان عليها وانتشرت فى انحاء البلاد أكثر من انتشار الحشيش.
- معظم الدراسات قد تمت على عينات من القاهرة وكأن القاهرة ممثلة لكل المحافظات دون مراعاة للفروق بين الأفراد الناتجة عن البيئة والمكان.

---

(١) محمد رمضان محمد، ١٩٨٢، تعاطي المخدرات لدى الشباب المتعلم - رسالة دكتوراه (غير منشورة) - كلية الآداب جامعة عين شمس.

■ تعتبر دراسة الباحثة هى الدراسة الأولى فى المجتمع السكندري وفى الثمانينات وقد تناولت فيها عينات من جميع أقسام المدينة وقد ركزت على دراسة العوامل المؤدية إلى الإدمان، ولم تهتم بنوع المخدر المدمن لذا كانت دراستها عن الإدمان وليس على مخدر بعينه.

■ بالنسبة لدراسة سعد زغلول المغربى «تعاطى الحشيش ظاهرة نفسية اجتماعية ينطبق عليه ما سبق ذكره إلى جانب»:

١ - إن فروض هذه الدراسة كانت أشبه بالقضايا التى تعالج موضوعاً أدبياً وليس فرضاً يبحث فى العلاقة بين متغيرين أو أكثر.

٢ - اقتصر الباحث فى عينته على دراسة المدمنين المسجونين بالرغم من أن مجتمع السجن يمد قاطنيه بسمات سلوكية معينة وقد يساعد على ظهور ما هو كامن من سلوك العدوان والانحراف فقد ترجع معظم النتائج إلى البيئة وليس الادمان.

٣ - كانت النتائج على قدر كبير من الغموض وعدم التفسير فقد وصل الباحث فى نتائجه إلى أن الأصل فى الإدمان ناتج عن تركيب نفسى مرضى يحدث حالة الاستعداد، ولم يوضح لنا ماهية هذا التركيب النفسى وطبيعته،وكذلك عن أن التركيب النفسى المرضى يؤدي للإدمان. وهل كل من لديه تركيب نفسى مرضى يصبح مدمناً.

■ كذلك الحال بالنسبة لدراسة نفس الباحث د.سعد زغلول المغربى، فى الدكتوراه بعنوان «سيكولوچية تعاطى المخدرات»، إلا أنه اهتم بدراسة الأفيون وحده وآثاره وما يحدثه من تغيرات، وليس ما الذي أدي إلى الإدمان.

■ بالنسبة للعينة طبق الباحث اختباراته على ١٠ أفراد وهذه عينة غير ممثلة احصائياً ولا يمكننا التعميم منها.

■ ميل الباحث إلى النزعة الطبقية فى بحثه فقصر الإدمان على

الطبقة الدنيا فقط، على الرغم من وجود الإدمان فى كل الطبقات مع إختلاف فى نوع المخدر المدمن وكذلك طريقة التعاطى.

■ اعتمد الباحث فى اختيار عينته على الوسيط، الذي قرر وحده أن هذه العينة مدمنة ولم يتأكد الباحث من وجود الإدمان عند العينة بوسيلة أخري.

■ لم يذكر الباحث كيفية احتفاظه بمعلومات عن تاريخ الحالة حيث أن دراسته لتاريخ الحالة كان حراً وغير مقنن.

■ اقتصرت الدراسة على دراسة عينة المدمنين ولم تذكر المقارنة بين المدمنين وغيرهم على الرغم من كونها دراسة مقارنة.

■ ذكر الباحث فى نتائجه أن الفقر وارتباط الأفيون بالتاريخ الحضاري للشعب المصري هو السبب فى الإدمان، على الرغم من انتشار الأفيون ومشتقاته فى أعرق واعظم الحضارات الغربية إلا أن الباحث لم يفسر لنا كيفية انتشاره فى هذه الحضارات التى لا يقوم أسلوبها الحضاري على كف العدوان وتعتبر من أغنى الحضارات.

■ بالنسبة لدراسة د. محمد رشاد كفافى عن سيكولوجية اشتهاء المخدر:

- قسم الباحث متعاطيه إلى حالات وهى: حالة معتادة، حالة تخدير، حالة خرم. ولم تكن لديه أداة موضوعية للتعرف على كل حالة من هذه الحالات الثلاثة.

- كانت العينة صغيرة جداً للدراسة إذ إنها تكونت من٦حالات فقط.

- جاءت معظم النتائج خالية من التفسير والتوضيح.

■ وبالنسبة لدراسة د/فاروق عبد السلام «دراسة بعض المتغيرات الاجتماعية والنفسية المتصلة بالإدمان»:

- انكب الباحث فى الدراسة على دراسة الآثار الناجمة عن الانقطاع عن المخدر أكثر من دراسته للعوامل المؤدية للإدمان.

- قصر الإدمان علي الأفيون فقط.

■ دراسة د. محمد رمضان محمد «تعاطى المخدرات لدي الشباب المتعلم».

- على الرغم من أن الرسالة تدرس التعاطى عند الشباب المتعلم إلا أن الباحث ركز على دراسة الفروق بين الذكور والاناث في الإدمان أكثر من دراسته لعملية الإدمان ذاته.

-كانت عينة البحث صغيرة إلى جانب اعتماده على الوسيط فى جلب المبحوثين وتأكيد إدمانهم ولم يتأكد من وجود الإدمان بطريقة أخري.

- كانت النتيجة الأولى للبحث: رفض الفتاة المتعلمة للوجود الانثوي يجعلها تلجأ إلى الإدمان لكى تحيا خلال كونها ذكراً على المستوي المتخيل فهل أي رافض للوجود يكون مدمن مخدرات.

- كذلك النتيجة الثانية التى عممها من دراسة لخمس حالات من الفتيات الجامعيات وهى شجاعة الفتاة الظاهرة فى طلب الجنس.

- كانت معظم حالاته من أسر متفككة وبها خلل فى تنشئتها الاجتماعية، ولم يرجع الباحث الإدمان لهذه الاسباب بل ارجعه إلى عوامل خاصة بتركيب نفسى فردي.

ثانياً - الدراسات الأجنبية :

وقد صنفت الباحثة هذه الدراسات إلى:

١ - دراسات تناولت وصف سمات المدمن النفسية.

٢ - دراسات تناولت وصف الظروف الاجتماعية للمدمن وبيئات المدمنين.

أولاً - اندراسات التى تناولت وصف نفسية المدمن وشخصيته :

وفيما يلى عرض للدراسات التى تناولت وصف سمات المدمن النفسية:

١ - دراسة ماركوفيتش ومايرز (١٩٤٤).

٢ - دراسة كوبرا وكوبرا (١٩٥٧).

٣ - دراسة بوكيه (١٩٥١).

٤ - دراسة وولف.

٥ - دراسة نايت.

٦ - دراسة بيرزن ورروث وانجلش.

٧ - دراسة اوزويل.

٨ - دراسة بول وسنار.

٩ - دراسة ايلينوود.

١٠ - دراسة ايستون.

١١ - دراسة ايڤنسون.

١٢ - دراسة برنارد ورتس.

١٣ - دراسة هيكيمان وجرشون.

١٤ - دراسة هل.

١٥ - دراسة هكيله وسكولر.

١٦ - دراسة لاسكوتز.

١ - دراسة ماركوفيتز ومايرز (١٩٤٤) :

وقد قاما الطبيبين الامريكيين ماركوفيتش ومايرز Meyres and Mar-covitz بدراسة على ٣٥ مدمن ماريجوانا فى الجيش الأمريكى وضعوا

تحت الملاحظة لمدة سبعة شهور، وكانت نتائج هذه الدراسة تلخص السمات العامة للمدمنين فيما يلي:

- كثرة التعرض للمؤاخذة والعقوبة العسكرية.
- عدم القدرة على تحمل الاحباط أو الحرمان أو النظام العسكري.
- ضعف القدرة على ضبط سلوكهم لكى يكون مقبولاً اجتماعياً.
- استجابات عدوانية لمواقف الاثارة والضغط، وأحياناً يوجهون هذا العدوان إلى أنفسهم كمحاولة قطع شرايينهم أو إصابة أنفسهم بالجراح.
- معاناة القلق وعدم الاستقرار والتهيجية والاكتئاب عندما لا يتيسر لهم تعاطى المخدر، وعدم القدرة على تحمل المسئوليات العسكرية والرغبة الدائمة فى دخول المستشفى والفشل المتكرر فى القيام بأي واجب أو عمل.
- وقد كشفت دراسة تاريخ حياتهم إنه يتسم بالسلوك الجناحى والفشل فى تكوين علاقات اجتماعية ايجابية[١].

وقد أكدت هذه النتائج دراسات كل من ڤوجل Vogel[٢] ومارى نيسواندر Marynyswander[٣] وديهل Dihell[٤]، حيث وصفت هذه الدراسات سمات مدمنى المخدرات بالبلادة والخمول، واضطراب الادراك، والحس والشعور، وتدهور كفاءة الوظائف العقلية، وتدهور أخلاقى، وارتكاب الجرائم والانهباطية، والاكتئاب، وضعف الارادة.

---

(1) Marcovitz E., and Myers H., 1944. Marijuana Addicts in the Army War: Chicago.

(2) Vogel V.H., and Murer D.W., 1957. Narcotics and Science Research, Chicago: ASSO.

(3) Nyswander, M., 1960, Durg Addiction, New York: Silvano.

(4) Dihell H.S., and Laton D. A., 1954, Health and Safety for Youth, New York: Mrcrawhill.

٢ - دراسة كوبرا وكوبرا (١٩٥٧) : Copera and Copera

وقد صنف كوبرا وكوبرا المتعاطين للمخدرات في الهند على ضوء ملاحظتهما إلى مجموعتين:

الأولى: وهي الغالبية، ويتسم أفرادها بالبرودة Phlegmatic والغباء، أو الضعف العقلي، وعدم الكفاءة، وعدم القدرة على مواجهة مشقات الحياة وعدم الثقة بأنفسهم.

الثانية: وهؤلاء يكونون جزءاً صغيراً من المتعاطين ويتسمون بسرعة التهيج والمشاغبة والاضطراب للهموم أو المتاعب البسيطة التي يتجاهلها العاديون[1].

٣ - دراسة بوكيه (١٩٥١) : Pouquet

وقد وصف بوكيه Pouquet، المدمن، بأن رغبته للعمل تقل،ويصبح غير مكترث، بكل شيء، متدهور اخلاقياً، ويصاب بحالة من العنة تنتهي بانحراف جنسي، ويعاني من ضعف وسقطات الذاكرة، وعدم الترابط والاتساق في احاديثهم، والاصابة بحالة الاختلاط العقلي Mental Con-fusion والتي تظهر في عرضين واضحين هما :السبات أو الكسل العقلي، والاحلام المستمرة[2].

٤ - دراسة وولف (١٩٤٨) : Woolf

ويري وولف Woolf إن مدمن المخدرات، متردداً، وسطحياً وغير موثوق به وذوي اتجاهات خشنة في معاملاته المختلفة، ويظهر الاهمال واضحاً

(1) Copera I.C., an Copera I.N., 1955, The Use of the Cannabis Durg India. Bulletin on Narcotics, Vol. L. New York: Geneva.

(2) Pouquet, R. J., 1951, Cannabis, New York: Bulleiin on Narcotics. (Vol. II).

فى سلوكه وأفعاله، ويظهر لديه انهباط فى جميع الوظائف العقلية، وتأخر عقلى ملحوظ وكذلك تدهور جسمى، وضعف فى قيمه الاخلاقية[١].

٥ - دراسة نايت (١٩٧٠) : Knight

وقد أكد نايت Knight فى بحثه أن الكحوليين تختلف شخصياتهم عن مدمنى المخدرات، فالكحوليين أقوياء قادرون جسمانياً وجنسياً بينما مدمنو المخدرات، خاضعون وغير قادرين، وايده بندر Bender فى بحثه عن القبائل الهندية الأمريكية ووجد أن مدمن المخدرات يتسم بالعزلة والوحدة ولا ينتمى لأي قبيلة أو وحدة اجتماعية ومعظم مدمنى المخدرات متمردون على السلطة المقبولة كآبائهم وكنيستهم، وهذه العزلة هى التى تقودهم إلى عالم الإدمان.[٢].

٦ - دراسة بيرزين وروث وانجلش (١٩٧٤) :

Berzin,Ross & English

وفى الدراسة التى قام بها بيرزن وروث وانجلش(١٩٧٤) Berzin, Ross, English et al وآخرون على مجموعة من مدمنى المخدرات، فقد لاحظ الباحثون أن حوالى ٦٠٪ من عينة بحثهم من المدمنين يعانون من المزيج من المشكلات الانفعالية.

وقد تمكن الباحثون من التمييز بين نمطين أساسين فى أن الإدمان فى الـ ٤٠٪ من العينة المتبقية، مجموعة من المدمنين ظهرت تعانى من اكتئاب واضح، فقد كانوا قلقين مكتئبين، يعانون من الاشمئزاز من أنفسهم لكونهم مدمنين، بينما المجموعة الثانية كانت مختلفة فكانت

---

(1) Woolf, P. O., 1948, Marijuana In Latin America. Washington: Lincor Press.
(2) Knight, E., and Beoubrun, M.H., 1973, Psychiatric Assessment of 30 Chronic Users of Cannabis and 30 Matched Control, New York: Amer. J. Psychiat.

أكثر تكيفاً، وكانوا يبدون هادئين متكيفين راضين عن أنفسهم، وخالين من أي اضطرابات انفعالية أو عاطفية واضحة[1].

٧ - دراسة اوزيل (١٩٦١) : Ausubel

وقد بين اوزيل Ausubelمن مراجعته لمجموعة من البحوث عن الإدمان، إن الاعتماد الجسمى على المخدر ليس إلا ذريعة للاستمرار فى الإدمان أكثر منه استمراراً وظيفياً للشخصية غير الناضجة[2].

٨ - دراسة بول وسنار (١٩٦٩): Ball and Snnar

وقد وضح بول وسنار Ball and Snnar من دراستهما لـ ١٠٨ مدمن فى مستشفى كلسنجتون مستخدمين المقابلة وتقارير المستشفى والشرطة أن هناك نمطين من المدمنين:

- النمط الأول أولئك الذين يعملون فى أعمال إجرامية أو أعمال غير منتجة.

- النمط الثانى وهم الذين يكون العقار لديهم هو مركز حياتهم واهتماماتهم[3].

٩ - دراسة ايلينوود (١٩٦٠) : Elinwood

وقد وجد ايلينوود Elinwood من دراسته على عينة عشوائية قوامها ٣٠ مدمنة ومقارنتها بعينة من الذكور مستخدماً أسلوب المقارنة فوجد أن الأم من وجهة نظر المدمنات زائدة الحماية ومنعزلة وتسلطية، بينما تتصف

---

(1) Kazdine E. A., Bellack A. S., and Micheal Hersen, 1980. New Prespective in Abnormal Psychology, New York; University, Press.

(2) Ausubel; D.P., 1961, Causes and Types of Narcotics Addiction A Psychological View, New York, Psychiat (9).

(3) Baul, J. C., and Snar R.W., 1969, A Test of Maturation Hypothesis Report to Opiate Addiction, New York; Bulletin on Narcotics, Geneva.

عند الذكور بالاستكانة، كما أن الأب من وجهة نظر المدمنات قابل للغواية والاستكانة، بينما يتصف عند الذكور بأنه غير عطوف ويميل إلى استخدام العنف دائماً، وقد انتشرت الأعراض الذهانية عند الاناث بينما شاع الانحراف السيكوباتى عند الذكور[١].

١٠ - دراسة ايستون (١٩٦٥) : Easton

وقد وجد ايستون Easton إن المدمنين يعانون من اضطرابات خطيرة فى الشخصية بالاضافة إلى نوبات اكتئابية مع مشاعر الملل وتشيع بينهم الانحرافات السيكوباتية، مع سلوك نكوص وعدم كفاية فى التحكم في الحفزات وصورة الأب لديهم غير كاملة مع وجود علاقة مرضية بالأم وذلك فى دراسته لـ ٢١ مدمن مخدرات مستخدماً أسلوب الفحص الاكلينيكى[٢].

١١ - دراسة ايفنسون (١٩٦٤) : Evenson

وفى الدراسة التى أجراها ايفنسون Evenson على ثلاثين مدمنة مسجونة وعينة أخري ضابطة قوامها أيضاً ثلاثون مسجونة غير مدمنة تم اختيارهن عشوائياً وطبق عليهن مجموعة من الاختبارات تشمل: اختبار الشخصية متعدد الأوجه واختبار الرورشاخ، واختبار بيتا للذكاء المعدل، واختبار تايلور للقلق وقائمة مودزلى للشخصية وبعد ضبط متغيرات الذكاء والجنس أثبتت الدراسة أن المسجونات المدمنات أكثر عدوانية وأقل توافقاً من المسجونات غير المدمنات[٣].

---

(1) Ellinwood E. H., Smith W.G., and Vaillant G.E., 1960, Narcotics Addiction in Males and Females, New York: A Comparison International Journal of Addiction (1).

(2) Easton, 1965, Clinical Study on the Pathogenic and Personality Structure of Male Narcotics Addiction, New York: Hill Sid Haspital, Geneva.

(3) Evenson, M., 1964, Research With Female Drug Addicts at Prison for Woman, Attawa: Journal of Correction (6).

١٢ - دراسة برنارد (١٩٦٧) : Bernard and Ritchi

ويري برنارد ورتش Bernard & Ritchi أن المدمن ذو خلق اعتمادي طفلي أساساً وأن صراعاته متمركزة في المرحلة المبكرة من حياته والتي دائماً ما تكون هذه الصراعات عند مرحلة ما قبل اللغة[١].

١٣ - دراسة هيكيمان وجرشون(١٩٦٥) :

Hekimian and Gershon

وفي الدراسة التي قام بها هيكيمان وجرشون Hekimian & Gershon على مجموعة من مدمني المخدرات المختلفة قوامها ١١٢ مدمناً تبين لهما أن مدمني المخدرات عادة ما يكونون ذوي شخصية سيكوباتية وانهم مضطربون انفعالياً والرغبة في السعادة تنبع عندهم من الأكتئاب الكامن الذي يعد من وجهة نظرهم السبب الرئيسي في الإدمان[٢].

١٤ - دراسة هل(١٩٦٨) : Hill

وفي الدراسة التي قام بها هلHill مستخدماً اختبار الشخصية المتعدد الأوجه على ٢٧٠ مدمن مخدرات، وجد أنهم قد حصلوا جمعياً على درجات عالية في مقياس السيكوباتية[٣].

١٥ - دراسة هكيله وسكولر(١٩٦٩): Hkilla & Schoolar

ومن نتائج الدراسة التتبعية التي قام بها كل من ادنبان هكيله وسكولر Hkilla and Schoolar على ٤١ مدمن مخدرات وجد أن هؤلاء

---

(1) Bernard, G. W. and Ritch, L. (1968), Psychodynemics of Narcotics Addiction, New York; Jacksonwill.

(2) Hekimian L.J. and Grashon, 1966,Characterestios of Drug Abusers Admitted to a Psychiatric Hospital, Chicago,I.A.M.M. P.1966.

(3) Hill, Haertzen and Glasser,1972, Psychological Aspects in Drug Addiction, In: David L. Sills (ed) International Encyclopedia of The Social Sciences, (Vol 3 and 4) New York: The Free Press.

المدمنين يأتون من طبقات اجتماعية عليا غير مستقرة أو من طبقات دنيا أو وسطى[1].

١٦ - دراسة لاسكوتز (١٩٦٤) : Laskowitz

ويري لا سكوتز Laskowitz من خبراته فى مجال الإدمان إن المراهق من مدمنى المخدرات ذو شخصية انعزالية اجتماعياً، كما إنه يعانى من مشاعر عنيفة من عدم الاتساق والنقص فى الشجاعة والرغبة فى الحماية والتدليل، وعادة ما تكون اتصالاته الاجتماعية مقصورة على رفاقه من المدمنين أمثاله، وتكون اتصالاته الجنسية مضطربة، ويتصف بالبلادة فى عمله والخوف من الفشل وعدم القدرة على تأجيل الاشباع العاجل[2].

ثانياً - دراسات تناولت السمات الاجتماعية للمدمنين:

١ - دراسة تنلنبرج.

٢ - دراسة راثود.

٣ - بعض دراسات تاريخ الحالة.

٤ - دراسة توردا.

٥ - دراسة ونك.

٦ - دراسة جن سميث.

٧ - دراسة هربرت هندن.

٨ - دراسة ارفنج لوكوف.

---

(1) Hikilla I., and Schoolar; J.C., 1969: Heroin Use Among Multipe Drug Users-Its Diagnostic and Theraputic Significance. New York: International Conference on Drug Abuse-Geneva.

(2) Jon S.L. and Laskawitz D., 1964, Rorschach Study of Adolescent Addicts Who Die of Over Dose A Sign Approach- Psychiatry Digest, Math Field.

٩ - دراسة سمير نعيم أحمد.

١٠ - دراسة هوبا وجنرد.

١١ - دراسة هربرت هندن.

١٢ - دراسة ازادور تشاين.

١ - دراسة تنكلينبرج(١٩٧١) : Tinklenberg

وجد تنكلينبرج في دراسته لخمسين فرداً من مدمنى المخدرات طبق عليهم قائمة ايزنك، والمقابلة الاكلينيكية، واستفتاء للقلق، ومصفوفة رامن، إن مدمن المخدرات يتسم باضطرابات شخصية وعدم النضج، والسلبية فى معالجة القلق، ووجد لديهم انحرافات جنسية كبيرة، كما إنهم ذو ذكاء متوسط، ولديهم درجات عالية من القلق والعصابية، وأن أسرهم جميعاً من الطبقة العاملة.[1]

٢ - دراسة راثود(١٩٦٩) : Rathod

وفى الدراسة التى قام بها راثود Rathod تبين له أن نسبة كبيرة من المدمنين لهم وضع خاص فى الأسرة، كأن يكون الطفل الوحيد من نفس الجنس، كما أنهم أتوا من أسر ليس بها آباء أو بها آباء غير متوافقين، ومطلقين أو مرضى عقليين أو سكيرين[2].

٣ - بعض دراسات لتاريخ حالة المدمن (١٩٥١) :

وكذلك الدراسات التى أقيمت فى سنة ١٩٥١، ١٩٥٢ على أكثر من مائة شاب من الذين أدمنوا المخدرات الموجودين فى احدى مستشفيات

---

(1) Tinkleenberg I.R., Kappell, S., and Hallister, L.E., 1972,Marijuana and Alcohol. New York: Arch. Gen Psychiate.

(2) Rathod H.N., 1970, Early Experience in the Life of a Narcotics User, In: Tongue A. et al (eds), Papers Presented to the International Institute on Prevention and Treatment of Drug Dependence : Clausanne.

الصحة العامة بالولايات المتحدة، وقد درس ١٠ من هؤلاء المائة دراسة مكثفة وتعتبر هذه العينة ممثلة لعينة المدمنين، وشملت هذه العينة كل أنواع الإدمان فشملت الفات التى أدمنت لمجرد عدة شهور بسيطة إلى هؤلاء الذين أدمنوا لسنوات طويلة، وبالنسبة لظروف العينة التعليمية فقد كان معظمهم يعانى من مشكلات دراسية بدأت فى المرحلة الاعدادية واثرت على استمرارهم فى التعليم الاكاديمى، وقد قررت هذه العينة إنهم أدمنوا المخدرات أثناء فترة تجنيدهم فى الجيش، وقد وضحوا أن السبب فى وصولهم للإدمان هو سهولة الحصول على المخدر حيث أنهم كانوا يسرقونه من حقائب الاسعافات الأولية، وكانت طريقة التعاطى عن طريق الاستنشاق حيث أنهم كانوا يدمنون الهيروين ثم بعد ذلك بحقنه، وبعد ذلك كانوا يحقنون بخليط من الهيروين والكوكايين. وكانت أداة البحث عبارة عن استمارة لقيلس الإدمان ودراسة تاريخ الحالة.

نتائج الدراسة :

- إن السبب فى التعاطى هو وجود الشخص مع زميل له مدمن.
- سهولة الحصول على المخدر.
- الرغبة فى تجريب المخدر[1].

٤ - دراسة توردا : Torda

وقد بين توردا Torda من دراسته التى قام بها على ٣٠ مدمن هيروين وثلاثين آخرين من غير المدمنين،وطبق عليهم اختبارات الشخصية البيولوچية، واختبار التقييم لروث، وقد انتهى من دراسته إلى أن: مدمنى المخدرات نتاج لأسر تمثل الأم فيها السلطة فى المنزل، كما أنها

(1) Nitezl M. T., Awinett R., Marian L., Macdonald and Williams S., Davidson 1977,Behavioural Approaches to Community Psychology, New York, Pergaman Press INC.

ذات شخصية معاقبة سواء على النشاط أم التعبير الذاتى وتأكيد الذات وذلك عن طريق انكار الحاجة للانجاز، وعدم الموافقة الظاهرة لاحتياجات الأبناء، كما أن فكرة المدمن عن نفسه إنه مجرد انسان حقير لا حاجة إليه، وغير مرغوب فيه[١].

٥ - دراسة ونك (١٩٧٣) : Winick

وقد بين ونك Winick فى دراسته التى أجراها على ٩٨ من الأطباء المدمنين أن العمل الزائد والآلام الفسيولوچية، ومفهوم الذات، والزوجات، ومستوي الطموح، ومشاعر الانتشاء والاكتئاب وتعاطى الخمور، والأرق، والسن، من العوامل المرتبطة بالإدمان لديهم[٢].

٦ - دراسة چن سميث (١٩٧٩) : Gen Smith

ويتحدث چن سميثGen Smith فى بحثه بعنوان«الوعى بتأثير استخدام المخدرات» Perceived effects of substances use فأكد أن الاعتماد على المخدرات إنما يختلف من فرد لآخر،فبعض الافراد يبدأون فى التعاطى منذ الطفولة، والبعض الآخر يبدأ فى مرحلة متأخرة عن ذلك، والبعض يتفادي التعاطى على الاطلاق، ولكنه يؤكد أن انتشار التعاطى يسود فى فترة المراهقة والشباب،وتشير نتائجه إلى أن الشباب الذي لم يتعاطى المخدرات حتى الآن،من المحتمل أن يستخدموا الماريجوانا أو المخدرات الأخري خلال فترة شبابهم وأنهم أميل إلى أن يكونوا أكثر تمرداً وتهوراً وانفعالاً وأكثر حزناً وأقل تمثلاً للقيم الاجتماعية، وأقل تديناً وقبولاً من الآخرين، أي أنه يؤكد على أن الانتشار الأكثر للمخدرات إنما يكون فى سن المراهقة والشباب[٣].

. (1) Lindsmith A.R., 1980, Basic Problem in the Social of Addiction and Theory, New York : W.H.O.

(2) Winick C., 1980, A Theory of Drug Dependence Based on Role. New York : Department of Health and Human Services.

(3) Smith M., 1980; Perceived Effects of Substances Use-A General Theory, New York : Departmen of Health and Human Services.

٧ - دراسة هربرت هندن (١٩٨٠) : Herbert Henden

ويتحدث هربرت هندن Herbert Henden فى بحثه عن«النظرية النفسية الاجتماعية لتعاطى المخدرات، الاتجاه النفسى الدينامى» Psychosoial Theory of drug Abuse, A Psycodynamic Approach إنه من خلال دراسته لمجموعة من طلاب الدراسات العليا المدمنين للمخدرات أتضح له أن الصراعات التى يعايشها هؤلاء الطلاب إنما هى صراعات تدور حول المنافسة والنجاح والفشل فى الحياة وأن الاساليب التى تورط فيها هؤلاء الطلبة والتى تشمل تعاطى المخدرات أو القتل أو العدوان والتعصب الاعمى قد وقعوا فيها بسبب إنهم يتمنون أن يكونوا أحراراً من هذا الألم المؤلم أي أن الواقع المحيط المعاش الملىء بالصراعات والمنافسة والفشل هو الدافع لإدمانهم[1].

٨ - دراسة ارفنج لوكوف : Arving F. Loukoff

وفى الدراسة التى قام بها ارفنج لوكوف Arving F. Loukoff حول النظرية الاجتماعية لاستخدام المخدرات، وجد أنه لا يوجد فقط قطاعات كبيرة من الناس يستخدمون المخدرات، بل يوجد اختبارات ملحوظة لاستخدام المخدرات، فعلى سبيل المثال بينما تدمن الطبقات الاجتماعية المتوسطة Middle - Class على عقار الـ LSD والحشيش نجد أن الهيروين منتشر بين مجتمعات الجيتو (المجتمعات المعزولة Chetto Communities) لأنه أرخص من الماريجوانا، إذ أن نماذج وطرق استخدام المخدرات بصفة عامة إنما هو اختيار مقصود يتحدد بطبيعة الطبقات الاجتماعبة،وبالعرف أحياناً أي إنه ليس اختياراً عشوائياً، بل هو اختيار مقصود من جانب الطبقة الاجتماعية التى تستخدم عقاراً أو مخدراً معيناً بالذات[2].

---

(1) Henden H., 1980, Psychological Theory of Drug Abuse. A research Monography No. (25) New York, NID.

(2) Lukoff L., 1980, Toward A Psychology of Drug Abuse. New York : Department of Health and Human Services.

٩ - دراسة سمير نعيم أحمد : Samir Naeim Ahmed

وتدل معظم الدراسات العالمية على أن تعاطى المخدرات ينتشر بين من يقل عمرهم عن الاربعين عاماً، ولكن نتائج البحوث تتفاوت فى مدي انتشار التعاطى بين فئات العمر المختلفة قبل سن الاربعين،ففى الولايات المتحدة الأمريكية تدل الدراسات على أن تعاطى المخدرات يزداد انتشاراً بين صغار السن،فقد كانت نسبة الذين تقل سنهم عن٢٥سنة بين متعاطى المخدرات تقدر بحوالى ٥٠٪، وقد وجد أن نسبة كبيرة من المتعاطين للمخدرات بمدينة اوكلاند بولاية كاليفورنيا خلال سنة ١٩٦٤-١٩٦٧ من الأحداث الذين تقل سنهم عن ٢٠ سنة وإن نسبة هؤلاء الأحداث المتعاطين للمخدرات فى تزايد مستمر خطير، بل ويمتد الإدمان ليشمل الأطفال الصغار الذين يتعاطون الحشيش ويستنشقون الغازات المخدرة[١].

١٠ - دراسة هوبا وواجنرد وبنتلر (١٩٧٩) :

Hoba, Wingard & Bentler

وقد توصل كل من هوبا وواجنرد وبنتلر Hoba, wingard & Bentler فى بحثهم عن تعاطى المخدرات أن بداية سن التعاطى هو سن الشباب، والتعاطى يحدث فى هذه السن نتيجة للضغط الاجتماعى على ذات الانسان أولاً، ذلك النظام الاجتماعى والضغط الاجتماعى الذي يلعب دوراً هاماً فى تحريك الأفراد للإدمان من خلال اللوائح والقوانين والقيم التى يضعها المجتمع، وقد توصل هؤلاء الباحثون أيضاً إلى أن نظام الشخصية يلعب دوراً هاماً فى الإدمان ومن أهم هذه الأبعاد التى تلعب دوراً هاماً فى الإدمان: أبعاد الانبساط Extrouertion، والقيادة Leader-ship، الاستقلال Outonomy الحاجة إلى التمرد Need of Rebiltiousness

---

(١) سمير نعيم أحمد، ١٩٧١، خطر تعاطي المخدرات القائم في المنطقة العربية. القاهرة: المكتب الدولي العربي لشئون المخدرات.

فكل هذه الحاجات تؤدي إلى الإدمان ويبدو وهذا واضحاً عندما تحرم العادات أو المجتمع تعاطى المخدرات[١].

١١ - دراسة هربرت هندن (١٩٨٠) : Herbert Henden

ويؤكد البحث الذي قام به هربرت هندن Herbert Henden أن جميع متعاطى الماريجوانا يعانون من اضطرابات عائلية فى المنزل، وفى معظم الحالات تكون مشاكلهم مشابهة لتلك المشاكل التى يعانى منها معظم الشباب، إلا أنهم يحاولون أن يحددوا أسساً جديدة للتعامل مع والديهم، وإن اتجاهات هؤلاء الشباب تميل دائماً إلى تدمير العلاقات مع الوالدين، فكل شاب من هؤلاء الشباب يبدو أنه يرفض الانصياع إلى أوامر والده ويريد أن يحصل على النشوة والسعادة. ...

ويري هندن أن العمل الاساسى الذي قام به أوسكار لويز عام ١٩٦٦ يوضح لنا أثر الفقر على الإدمان وقد تراوحت المتغيرات الاجتماعية فى الإدمان بين النشاط الجنسى، والمزاملة، والصداقة، وهناك دراسات أخري اجتماعية اقتصادية تفسر الإدمان على إنه نتيجة لعدة عوامل منها : الفقر، الجنس، الصراع الطبقى، المنافسة، ويقول هربرت هندن فى ذلك «إن عوامل الفقر والجنس والعنصرية والحتمية الاقتصادية هى الأسباب التى تؤدي إلى الإدمان، فهو يري أن الإدمان ما هو إلا عملية تكيفية مع الواقع الاجتماعى الاقتصادي»[٢].

١٢ - دراسة ازدور تشاين (١٩٥٦) : Isoder Chein

وهناك البحث الذي قام به ازدور تشاين(١٩٥٦) Isoder Chein وكان

---

(1) Huba, Wingar and Benter, 1979, Framework for an Interactive Theory of Drug Abuse. New York : NIDA. Amonographiy No.(24).

(2) Herbert, A., and Richard, 1981, A Dolscent Marijuana Abusers and Their Families, New York : National Institute of Drug Abuse.

هدف البحث تحديد الأحياء التى ينتشر فيها تعاطى المخدرات، وقد أعد الباحث قوائم بأسماء مدمنى المخدرات الذين تتراوح أعمارهم بين ١٦ . ٢١ سنة الذين تعرفهم الجهات الرسمية.

ويصف الباحث نتائج هذه الدراسة بقوله « أتضح من هذه الدراسة أن المناطق السكنية التى يتركز فيها تعاطى المخدرات هى أكثر مناطق المدينة حرماناً وازدحاماً وفقراً، وحتى داخل هذه المناطق السيئة وجد أن المخدرات تكون أكثر انتشاراً فى تلك الأجزاء منها التى يكون الدخل فيها شديد الانخفاض، والمستوي التعليمى منخفض جداً، ويسود فيها التفكك الأسري، وتؤكد هذه الدراسة على أن الحرمان الاقتصادي للأسرة والبطالة وانخفاض المستوي التعليمى والمسكن السيىء المزدحم من أهم أسباب إدمان المخدرات.[1]

(1) Chein I., 1956. Narcotics use Among Juvenils, Social Work (Vol No. 1).

الفصل الرابع

العوامل النفسية والاجتماعية المؤدية لإدمان المخدرات وآثارها على السلوك

دراسة ميدانية نفسية

- أهمية البحث
- تحديد مشكلة البحث
- حدود الدراسة
- متغيرات البحث
- منهج البحث
- أدوات البحث
- عينة البحث

أهمية البحث :

إن مشكلة تعاطى المخدرات وإدمانها من أكثر المشكلات الاجتماعية خطورة وتأثيراً على تقدم مجتمعنا ورقية كماً وكيفاً. وتستنفذ هذه المشكلة معظم طاقات الفرد والمجتمع وامكانياتهما. والبحث الحالى يهدف إلى ما يلي:

١ - دراسة لبيئة المدمن الاجتماعية والتعرف على ما يعتريها من قصور اجتماعى وما يتعرض له المدمن من ضغوط اجتماعية تدفعه الى تعاطى المخدرات ومن ثم إدمانها.

٢ - التعرف على السمات الشخصية المميزة لمدمن المخدرات.

٣ - التعرف على آثار الإدمان للمخدرات على شخصية الفرد وقواه العقلية وسلوكه.

٤ - التعرف على السن التى تبدأ عادة فيها عملية الإدمان.

٥ - التعرف على أكثر المخدرات إدماناً فى المجتمع المصرى.

٦ - اشباع الحاجة الملحة لمجتمعنا السكندري بصفة خاصة والمصري بصفة عامة لدراسات وبحوث توضح هذه العملية من الناحية النفسية والاجتماعية.

٧ - توجيه النظر الى أكثر أحياء الإسكندرية اشتهاراً بإدمان المخدرات والاتجار فيها.

تحديد مشكلة البحث :

إن الباحثة فى هذا البحث بصدد تناول مشكلة الإدمان من النواحى النفسية والاجتماعية الدافعة والمؤدية الى انتشار هذه المشكلة، ولم تركز على دراسة مخدر بعينه او آثاره وإنما ركزت على أهم عنصر مؤثر فى هذه المشكلة ألا وهو المدمن نفسه. فركزت على دراسة السمات الشخصية

للمدمن والتفسيرات النفسيه لعملية الإدمان، وكذلك سمات بيئة المدمن الاجتماعية وظروفة وكل ما دفعه الى تعاطي المخدر، فالباحثة هنا تحدد المشكلة فى المدمن نفسه وبصورة أكثر وضوحاً سمات المدمن الشخصية والعقلية والظروف الاجتماعية المحيطة به وما أدى إليه الإدمان من تدهور فى سلوك الفرد

حدود الدراسة :

تحد هذه الدراسة بالعينة المستخدمة فى هذا البحث، وهى من مدمنى المخدرات. وعينة أخرى تقابلها من حيث السن والجنس والمستوى الاجتماعى من غير المدمنين. كما تحد بالقدرات والسمات التي تقاس بالمقاييس المستخدمة في البحث. وكذلك تحد بالمنهج المستخدم فى هذا البحث وهو منهج احصائى وصفى لبيان دلالة الفروق وتفسير النتائج.

متغيرات البحث :

- العصابية :
  - توهم المرض.
  - الاكتئاب.
  - الهستريا.
- السيكوباتية.
- مستوى الطموح.
- الذكاء.
- المستوى الاجتماعى/الاقتصادى.
- القدرات الابتكارية:
  - الأصالة.
  - المرونة التلقائية.
  - الاستعمالات.

- الإدمان.
- المادة المخدرة.
- السلوك.
- **العصابية : Neurosis**

العصاب اضطراب انفعالي يسبب تصدعاً وصراعاً فى العلاقات الشخصية وأهم سماته القلق.[1]

والعصاب اضطراب وظيفى فى الشخصية يبدو فى صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة منها : القلق والوساوس والافكار المتسلطة والمخاوف الشاذة والتردد المفرط والشكوك التى لا أساس لها وأفعال قسرية يجد المريض نفسه مضطراً إلى أدائها بالرغم من إرادته[2] والمرض النفسى هو محاولة شاذة لحل أزمة نفسية مستعصية. إن العصابى لا تكفيه الحيل الدفاعية المعتدلة في خفض ما لديه من قلق، لذا يلجأ إلى الإسراف فيها طمعاً في استعادة توازنه، وليست هذه الحيل المشتطة الا أعراض المرض، ومن الأمراض النفسية الهستريا Hysteria، عصاب القلق Anxiety وعصاب الوسواس وغيرها[3].

والعصابية مجموعة أعراض نفسية تصحبها أحياناً مظاهر جسمية شاذة ناشئة عن عوامل نفسية كالانفعالات المكبوتة والصدمات والصرع بين الدوافع المتناقضة. والمظاهر الجسمية الشاذة فى الهستريا تؤثر على الحالة النفسية وتكون غير ناتجة عن اصابة عضوية، فتعرف بالأعراض

---

(١) عبد المنعم الحفني، ١٩٧٨، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. القاهرة: مكتبة مدبولي. ص ٨٢.

(٢) أحمد عزت راجح، ١٩٧٥، أصول علم النفس. القاهرة: المكتب العربي الحديث للطباعة والنشر. ص ٤٧٤.

(٣) أحمد عزت راجح، ١٩٦٥، الأمراض النفسية والاجتماعية. أسبابها. علاجها وآثارها الاجتماعية. القاهرة: دار المعارف. ص ٦٩.

الوظيفية. ومن أهم الأعراض العصابية، المخاوف المرضية والحصر النفسى والأفكار الثابتة والشك المرضى والحصار (الاندفعات القهرية والافكار المتسلطة)[1]،ويعد العصاب أيضاً اضطراباً انفعالياً ناتجاً عن حلول غير متسقة للصراعات النفسية اللاشعورية الداخلية، ويتفق معظم المحللين النفسيين مع فرويد فى أن العصاب نتاج للتثبيت على النكوص إلى مرحلة من مراحل الجنسية الطفلية، وتتحدد درجة المرض بدرجة تبكير التثبيت أو عمق النكوص. فالصراعات المسببة للعصاب كما صاغها فرويد فى صورة قوى جنسية شبقية تقابل القوى الخاصة بحفظ الذات Self - pre-servative ومن الناحية البنائية فان الصراع العصابى يمكن النظر إليه من خلال كفاح الهو والأنا والأنا الأعلى للاشباع اللاشعورى،وتظهر الاعراض عند العصابيين عند محاولة الأنا كبت الرغبات الغريزية، اذ يحدث أن يكون الأنا ضعيفاً وان هذه القوى ملحة بحيث تحتفظ بطاقتها الدافعة إلى الشعور وينتج القلق من هذا التهديد المستمر للرغبات المكبوتة، كما لو كان اشارة ليحاول العصابى أن يخفى طاقة الدوافع اللاشعورية فى صورة أعراض عصابية تعمل نوعاً من المعالجة فهى ترضى كلا من الرغبات المكبوتة والاجهزة الكابتة ويحدث تفريغ جزئى لهذة الرغبات المكبوتة.

ويطلق كل من «روش وزمباردو» Ruch and Zimbardo على العصاب فقدان المرح فى الحياة، فالعصابى يشعر بالتهديد المستمر فى حياته وأنه غير كفء وقد يصل به الأمر فى النهاية إلى نمط أو اكثر من الانماط العصابية.

ويرى«كولمان» Colman أن العصاب يتميز بخمس عمليات أساسية قد توجد كلها أو بعضها لدى العصابى وهى:

(أ) تنتاب الفرد مشاعر الدونية وعدم الاتساق الى درجة قد تدفعه

---

(١) منير وهيبة، ١٩٦٠، معجم مصطلحات علم النفس. بيروت: دار النشر للجامعيين. ص ٩٣.

إلى تقييم مشاكله اليومية على أنها مهددة له أو إلى زيادة فى ايقاظ مشاعر القلق لديه.

(ب) تحاشى المواقف الضاغطة.

(جـ)يظهر الفرد نقصاً مستمراً فى الاستبصار بسلوكه الانهزامى مصحوب بجمود عقلى، بحيث يفشل فى ادراك الواقع او التعامل معه بطرق أخرى.

(د) تمركز العصابي حول ذاته وصعوبة تكوين علاقات مع الآخرين.

(هـ) تولد مشاعر الاحساس بالذنب لدي العصابى.

وقد حدد كولمان Colman أنواع العصاب على النحو التالى:

١ - القلق.

٢ - المخاوف الشاذة.

٣ - الهستريا وتحتوى على نمطين:

- نمط تحولى.
- نمط غير ترابطى[١].

وترى الباحثة أن العصابية هى اضطرابات تنتاب الفرد وتتميز بالدونية وعدم الاتساق والقلق والسلوك الانهزامى وتجنب المواقف الصعبة أو الضاغطة والتمركز حول الذات وشدة الاحساس بالذنب وعدم المرح والانقباض.

وقد استخدمت الباحثة اختبار الشخصية المتعدد الأوجه لقياس العصابية متمثلاً فى مقاييسه الثلاثة الخاصة بمثلث العصابية وهى: توهم المرض، الهستريا، الاكتئاب[٢].

---

(١) فاروق عبد السلام، ١٩٨١، بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية المتعلقة بالإدمان - رسالة دكتوراه (غير منشورة) - كلية التربية - جامعة الأزهر. ص ١٠٤.

(٢) لويس كامل مليكة، محمد عماد الدين اسماعيل، عطية محمود هنا، ١٩٧٤، تعليمات الشخصية المتعدد الأوجه. القاهرة: النهضة المصرية. ص ٤٢.

تعريف الاعصبة المقاسة :

١ - توهم المرض : Hypochondria, Hypochondrasis

وهو اهتمام الفرد المفرط والمتواصل بحالته الجسمية أو صحته الانفعالية، ويصحب ذلك شكوى من آلام جسمية متعددة دون وجود دليل عضوى واضح[1] وقد أخذت الباحثة فى تعريفها الإجرائى لتوهم المرض بالتعريف الذى وضع فى المقياس المستخدم فى الدراسة (مقياس توهم المرض من اختبار الشخصية المتعدد الأوجه). وقد عرف هذا المقياس توهم المرض بأنه الاهتمام الزائد بالوظائف الجسمية والقلق - الذى لا يستند الى سبب - على الصحة فيشكو الفرد غالباً من آلام واضطراب يصعب تبينها ،ولا يوجد لها أساس عضوى واضح، ومن خصائص المتوهم للمرض أن يكون ناقص النضج فى معالجته لمشكلات الراشدين ولا يستجيب لها بالاستبصار الكافى[2].

٢ - الاكتئاب : Depression

وهو حزن أو كآبة مرضية، وهمة مثبطة، ومزاج سوداوى. ويختلف هذا المرض عن الحزن العادى الذى يتميز بالواقعية وتناسبه مع قيمة ما فقده الشخص[3]. ومن سمات الاكتئاب صعوبة فى التفكير وضيق يصيب النفس، وكساد فى القوى الحيوية والحركية وهبوط فى النشاط الوظيفى، وقد يكون له أعراض أخرى كتوهم المرض، وأوهام اتهام الذات، وتوهم الاضطهاد والهلوسة والاستثارة ومن أخطر سماته الميل للانتحار[4].

---

(١) محمد حلمي المليجي، ١٩٨٤، سيكولوجية الابتكار. الإسكندرية: دار المعارف. ص ٢٣٨.

(٢) لويس كامل مليكة، محمد عماد الدين اسماعيل، عطية محمود هنا، ١٩٥٩، الشخصية وقياسها. القاهرة: النهضة المصرية. ص ١٥٢.

(٣) محمد حلمي المليجي، ١٩٨٤، علم النفس المعاصر. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية. ص ١٥٣.

(٤) عبد المنعم الحفني، ١٩٧٨، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. القاهرة: مكتبة مدبولي. ص ٢٠٦.

وقد أخذت الباحثة فى تعريفها الإجرائي للاكتئاب بالتعريف الذى وضع فى المقياس المستخدم (مقياس القلق فى اختبار الشخصية المتعدد الاوجه) والذى عرف الاكتئاب بأنه انخفاض الروح المعنوية مع الشعور باليأس والعجز عن النظر الى المستقبل نظرة عادية متفائلة، نقص فى الثقة فى النفس، ونزعة إلى القلق وضيق فى الاهتمامات وانطواء[١].

٣ - الهستريا : Hysteria

مرض نفسى ينتج عن صراع انفعالى، ويتميز عادة بنقص النضج والاندفاع، وجذب الانتباه، والاعتماد على الغير، واستخدام الحيل الدفاعية الخاصة بالتحويل والتفكك. ومن الناحية الكلاسيكية يتضح بأعراض جسمية مؤثرة تشمل العضلات الارادية مثل (الشلل الهستيرى) أو أعضاء حواس معينة مثل (العمى الهستيرى)[٢] والهستريا عصاب من سماته البارزة القابلية للإيحاء والتقلب الانفعالى وضعف الشحنة الوجدانية وتفكك محتوى الشعور، وينشأعن صراع بين الذات الشاعرة والرغبات اللاشعورية المكبوتة، ويؤدى هذا الكبت إلى ظهور أعراض تعويضية ترضى الرغبات اللاشعورية بطريقة رمزية، ويعتبر العرض الهستيرى على الرغم من شذوذه ضرباً من ضروب التكيف الناقص[٣].

وقد أخذت الباحثة فى تعريفها الاجرائى للهستريا بالتعريف الذى وضع فى المقياس المستخدم فى الدراسة(مقياس الهستريا فى اختبار الشخصية المتعدد الأوجه) والذى عرف الهستريا اضطراب يأخذ صورة شكاوى منتظمة أو شكاوى أكثر تحديداً وتخصيصاً مثل الشلل والتقلصات

---

(١) لويس كامل مليكة، محمد عماد الدين اسماعيل، عطية محمود هنا، ١٩٥٩، الشخصية وقياسها. القاهرة: النهضة الصرية. ص ١٥٤.

(٢) محمد حلمي المليجي، ١٩٨٤، سيكولوچية الابتكار. الإسكندرية: دار المعارف. ص ١٥٤.

(٣) منير وهيبة، ١٩٦٠، معجم مصطلحات علم النفس. بيروت: دار النشر للجامعيين. ص ٦٠.

والاضطرابات المعوية والأعراض القلبيه ونوبات مفاجئة من الضعف والاغماء أو ما يشبه نوبات القلق.

ويحتمل أن المريض بالهستريا قد يلجأ إلى حل المشكلات التى تواجهه عن طريق هذه الأعراض[1].

■ **السيكوباتية : Psychopathy**

الشخصية السيكوباتية يسيطر عليها سلوك لا أخلاقى أو مضاد للمجتمع، ويتميز بالاندفاع المتأثر بنزوات الفرد، الذى لا يراعى المسئولية فى أفعاله التى تشبع اهتماماته المباشرة والنرجسية دون اعتبار للنتائج الاجتماعية الواضحة والمتضمنة التى يصاحبها دليل خارجى ضئيل على القلق أو الذنب[2]، والشخصية السيكوباتية شخصية مريضة نفسياً، تتسم بعدم النضج الانفعالى لنشأتها فى بيوت باردة انفعاليا، وضعف بناء الشخصية، بسبب التدليل المفرط بحيث لا يتعلم الفرد من طفولته قمع رغباته فيثبت عند مستوى طفلى من التمركز حول الذات، أو لعدم توفر التعيين بأنماط اجتماعية مقبولة[3].

والشخص السيكوباتى يوجه اهتمامه بصورة غير طبيعية الى الحاضر، ويقصر دون ادراك تأثير أعماله على الآخرين، فالشخصية السيكوباتية لا تستفيد من التجربة سيئة التوافق مع المحيط الذى تعيش فيه. قاصرة على ادراك صلتها بالقانون الاجتماعى والناس الذين حولها .والشخصيات السيكوباتية هم الذين نرى منهم ما يسمى بالمجرم العائد، وهم عادة

---

(١) لويس كامل مليكة، محمد عماد الدين اسماعيل، عطية محمود هنا، ١٩٥٩، الشخصية وقياسها. القاهرة: النهضة الصرية. ص ١٥٥.

(٢) محمد حلمي المليجي، ١٩٨٤، سيكولوچية الابتكار. الإسكندرية: دار المعارف. ص ٢٣٩.

(٣) عبد المنعم الحفني، ١٩٧٨، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. القاهرة: مكتبة مدبولي. ص ١٨١.

أشخاص مصابين بالفجاجة العاطفية والعقلية وعدم النضج الاخلاقى مع نقص ملحوظ فى سلامة التقدير والحكم على الأمور مع قلة التبصر في العواقب وضعف القدرة على الاستفادة من التجارب. وهم عادة عصبيوا المزاج سريعوا الغضب والانفعال ولا يقوون على ضبط أنفسهم فيفلت منهم الزمام ويتورطون فى الجريمة. ولا يشترط أن يكون مستوى الذكاء لديهم أقل من المستوى الطبيعى فى بعض الحالات[١].

ويعرف «صبرى جرجس» السيكوباتية بأنها: اضطراب خطير فى الشخصية يمنعها من التكامل او يشوه علاقة الفرد بالعالم الخارجى، ويصدر هذا الاضطراب عن قصور فى نمو الأنا والأنا الاعلى يلازم الفرد منذ نشأته أو يظهر فى سن مبكرة لا تتجاوز البلوغ، فيعجزه عن تمثيل الزمن كخبرة حتمية وعن إدراك المعنى في الحياة والعلاقات الانسانية، وتبدو مظاهر القصور في سلوك لا اجتماعى أو مضاد للمجتمع يتميز بالاندفاع وبأولوية القيم القصيرة الأجل، واتباع مبدأ اللذة مما يجعل صاحبه عاجزاً عن الافادة من التجربة ومن ثم عن التكيف مع البيئة الاجتماعية ولا تجدى معه وسائل العلاج أو وسائل الردع.

ويرى كان Kahn أن السيكوباتيين هم أولئك الذين يتميزون بانحرافات فى المزاج والأنا والخلق.

ويرى «شنبدر» أن السيكوباتية هى تلك الشخصية التى يعانى صاحبها والمجتمع من عدم سوائها[٢].

وقد أخذت الباحثة فى تعريفها للسيكوباتية بالتعريف الذى وضع في المقياس المستخدم فى هذه الدراسة(مقياس السيكوباتية فى اختبار الشخصية

---

(١) منير وهيبة، ١٩٦٠، معجم مصطلحات علم النفس. بيروت: دار النشر للجامعيين. ص ١٢٠.

(٢) صبري جرجس، ١٩٥٧، مشكلة السلوك السيكوباتي. القاهرة: دار المعارف. ص ص ٥٦ - ٦٢.

المتعدد الاوجه)والذى عرف السيكوباتية بأنها :نقص الاستجابة الانفعالية وعدم القدرة على الافادة من الخبرة، وعدم المبالاة بالمعايير الاجتماعية وإلحاق الضرر بالفرد والمجتمع والمعايير الاجتماعية. وتتسم الشخصية السيكوباتية بالكذب والسرقة والإدمان على المخدرات والكحوليات والشذوذ الجنسى وارتكاب الأفعال الاجرامية، دون تفكير فى كسب محتمل لأنفسهم أو دون تجنب اكتشاف امرهم[1].

■ **مستوى الطموح :**

ظهر لأول مرة استخدام اصطلاح مستوى الطموح فى الدراسة التى قام بها ديمبو Dembo عن النجاح والفشل والتعويض والصراع. وقد كانت الاتجاهات الغالبة للعلماء الذين درسوا مستوى الطموح تنحو نحو تعريفه على أساس شرح العملية التى تكشف عنه من حيث الأداء العملى ووصف السلوك بصرف النظر عن توضيح ماهيته،وقد يرجع هذا فى الواقع إلى كثرة العوامل المتدخلة فى طبيعته.

وفيما يلى عرض للاتجاهات المختلفة فى تعريف مستوي الطموح وطبيعته، ثم توضيح التعريف الذى سوف تلتزم به الباحثة فى بحثها:

■ **تعريف هوبى (١٩٣٠) : Hobey**

يعتبر هوبى Hobey أول من عرف مستوى الطموح فى مجال دراسته عن علاقة النجاح والفشل بمستوى الطموح حيث عرفه بأنه « أهداف الشخص أو غاياته أو ما ينتظر منه القيام به فى مهمة معينة».

■ **تعريف فرانك (١٩٣٥) : Frank**

وقد عرفه فرانك (١٩٣٥) Frank بأنه « مستوى الاجادة المقبل فى واجب مألوف يأخذ الفرد على عاتقه الوصول إليه بعد معرفة مستوى

(١) لويس كامل مليكة، محمد عماد الدين اسماعيل، عطية محمود هنا، ١٩٥٩، الشخصية وقياسها. القاهرة: النهضة المصرية. ص ١٥٨.

اجادته من قبل في ذلك الواجب ». وقد أوضح فرانك أن سلوك مستوى الطموح مميز للشخصية وثابت ثباتاً نسبياً. ويعتبر هذا التعريف قاصراً عن توضيح معنى مستوى الطموح ومفهومه.

■ **تعريف جاردنر (١٩٤٩) : Gardner**

وقد حدد جاردنر مستوى الطموح بأنه «القرار أو البيان الذي يتخذه الفرد بالنسبة لأدائه المقبل».

■ **تعريف مورتون دوتش (١٩٥٤) : Morton Dotch**

ولا يختلف تعريف دوتش عن تعريف فرانك بأن مستوى الطموح هو الهدف الذي يعمل الفرد على تحقيقه حيث كان نص تعريف دوتش لمستوى الطموح بأنه «الهدف الذي يعمل الفرد على تحقيقه، ومفهوم مستوى الطموح يكون له معنى أو دلالة حين نستطيع ان ندرك المدى الذي تتحقق عنده الاهداف الممكنة»

■ **تعريف دريفر (١٩٥٢) : Drever**

مستوى الطموح هو «الإطار المرجعي الذي يتضمن اعتبار الذات أو هو المستوى الذي على أساسه يشعر الفرد بالنجاح أو الفشل».

■ **تعريف إيزنك (١٩٤٥) : Eysénck**

لم يعرف ايزنك Eysenck مستوى الطموح، ولكنه عرف الطموح بأنه «الميل إلى تذليل العقبات وتدريب القوة، والمجاهدة في عمل شئ بصورة سريعة وجيدة لتحقيق مستوى غال مع التفوق على النفس».

■ **تعريف راجح (١٩٦٨) :**

عرف راجح مستوى الطموح باعتباره دافعاً اجتماعياً فردياً بأنه «المستوى الذي يرغب الفرد في بلوغه أو يشعر أنه قادر على بلوغه وهو يسعى لتحقيق أهدافه في الحياة وانجاز أعماله اليومية».

طبيعة مستوى الطموح :

١- مستوى الطموح باعتباره استعداداً نفسياً، والمقصود بالاستعداد النفسي بالنسبة لمستوى الطموح، أن بعض الناس عندهم الميل إلى تقدير وتحديد أهدافهم فى الحياة تقديراً يتسم بالطموح الزائد أو الطموح المنخفض. فمستوى الطموح لدى كل فرد يتأثر بالعوامل التكوينية، وعوامل التدريب، والتربية والتنشئة المختلفة.

٢ - مستوى الطموح باعتباره وصفاً لإطار تقدير وتقويم المواقف ويتكون هذا الأطار من عاملين أساسيين:

(أ) التجارب الشخصية من نجاح وفشل التى يمر بها الفرد والتى تعمل على تكوين أساس يحكم به على مختلف المواقف والأهداف.

(ب) أثر الظروف والقيم والتقاليد والعادات واتجاهات الجماعة فى تكوين مستوى الطموح. ومن ثم ينظر الفرد إلى المواقف والأهداف ويقدرها من خلال هذا الإطار الحضارى العام والتجربة الشخصية الخاصة.

٣ - مستوى الطموح باعتباره سمة، ويمكن القول أن مستوى الطموح يمكن ان يكون سمة على أساس أنه استعداد عام أو صفة سلوكية ثابتة نسبياً، تتأثر بما لدى الفرد من استعدادات فطرية ومكتسبة، وما لديه من عادات وأساليب سلوك إلا أنها من ناحية أخرى تتأثر بالمواقف المختلفة فى المجال السلوكى. أى أننا لا نتوقع أن يكون مستوى الطموح سمة عامة ثابتة فى كل المواقف والظروف[١].

وبالتالى يمكن للباحثة أن تستخدم التعريف التالى كتعريف لمستوى الطموح فى بحثها وهو«مستوى الطموح سمة ثابتة نسبياً تفرق بين الأفراد

---

(١) كاميليا عبد الفتاح ، ١٩٧٢، مستوى الطموح والشخصية.القاهرة: مكتبة القاهرة الحديثة. ص ص ٧ - ١٢.

فى الوصول إلى مستوى معين يتفق والتكوين النفسى للفرد وإطاره المرجعى ويتحدد حسب خبرات النجاح والفشل التى مر بها »[١]. وهذا هو التعريف الذى بنى عليه استبيان مستوى الطموح المستخدم فى الدراسة الحالية[٢].

الذكاء : Intelligence

هو قوة عقلية تدفع للسير بنجاح فى شئون الحياه، ومن مظاهر القدرة على حل المشكلات الجديدة بما استفاده الانسان من التجارب السابقة. وباستعراض التعريفات المختلفة التى قيلت عن الذكاء يتضح أن الذكاء ليس وظيفة بسيطة أو ملكة مستقلة بل هو وظيفة تأليفية تتكامل فيها عدة مقومات عقلية وإرادية وأجتماعية.

ويعرف «استدارد »Staddard الذكاء بأنه القدرة على القيام بأعمال تميزها الصفات الآتية: «الصعوبة، التعقيد، التجريد، الاقتصاد، ملائمة الهدف، القيم الاجتماعية، الابتكار».

ويعرف «شترن» Stern بأنه القدرة العقلية على التكيف للمواقف الجديدة أو القدرة على التصرف وقد أخذ بهذا التعريف كل من «بيرت» Birt، «وينتنر» Bintner .

وعرفه « بينيه» Binnet بأنه القدرة على التكيف والانتباه الإرادي، وأنه كذلك القدرة على الادراك والابتكار والاتجاه[٣].

وقد عرف« تيرمان »Terman الذكاء بأنه« القدرة على التفكير المجرد ».

---

(١) كاميليا عبد الفتاح، ١٩٦١، الاتزان الانفعالي وعلاقته بمستوى الطموح. رسالة ماجستير - كلية الآداب - جامعة عين شمس. ص ٦٢.

(٢) كاميليا عبد الفتاح، ١٩٧٥، كراسة تعليمات استبيان مستوى الطموح. القاهرة: النهضة المصرية ص ٣.

(٣) منير وهيبة، ١٩٦٠، معجم مصطلحات علم النفس. بيروت: دار النشر للجامعين. ص ٧٣.

اما «ديربورن» Dearborn فيؤكد انه «الاستعداد للتعلم»

ويرى «كولفين» Colvin أنه «التكيف مع البيئة»

ومن أحد الأشياء العظيمة التى أسهم بها بينيه Binnet هو إحلال فكرة الوظائف المنفصلة بمفهوم الذكاء العام[1]

ومن التعريفات السابقة نجد أن الذكاء تكوين أو مركب مجرد، فنحن لا نستطيع تعريف ما هو، لكن نستطيع تحديد ما يتضمنه وما يميزه، وقد تمكن علماء النفس حديثاً من الحصول على اختبارات تشخيصية تعطى معلومات عن المظاهر المميزة للقدرة، ويختلف تعريف الذكاء من اختبار إلى آخر الى الحد الذى دعا البعض إلى تعريف الذكاء على أنه ما يقيسه اختبار الذكاء[2].

والباحثة بصدد تعريف الذكاء تلتزم بالتعريف الذى بنى عليه الاختبار المستخدم فى الدراسة، اختبار الذكاء المصور، ويعرف الذكاء بأنه القدرة على التصنيف وتحديد علاقة التشابه بين الأشكال المختلفة، وهو يقيس القدرة العقلية العامة معتمداً على ادراك العلاقة بين مجموعة من الاشكال وانتقاء الشكل المختلف بين وحدات المجموعة[3].

■ **المستوى الاجتماعى - الاقتصادى : Socio - economic level**

وهو المستوى الذى يقيس وضع الفرد فى الأبعاد التالية:

- درجة تعليم الفرد.
- مهنة الفرد.

---

(1) محمد حلمي المليجي، ١٩٦٩، القياس السيكولوجي في الصناعة. القاهرة: دا المعرفة الجامعية، ص ٣٩.

(2) لويس كامل مليكة، ١٩٨٠، علم النفس الاكلينيكي - الجزء الأول - القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب. ص ١٣١.

(3) أحمد زكي صالح، ١٩٧٥، كراسة تعليمات اختبار الذكاء المصور. القاهرة: المطبعة العالمية ص ٤.

- درجة تعليم الوالدين.

- وظيفة الوالدين.

- عدد أفراد الاسرة.

- الحالة السكنية.

- دخل الفرد (الأسرة) الشهرى بالجنيه المصرى.

وقد استخدمت الباحثة استمارة صممتها خصيصاً لقياس المستوي الاجتماعى/الاقتصادى وقامت بتقنينها وستعرض لها فيما بعد.

■ التفكير الابتكاري : Creative Thinking

ينظر إلى موهبة الابتكار ذاتها كسمة موزعة توزيعاً اعتدالياً، كما ينظر إليها البعض على أنها استعداد فطري لدى الشخص، ويراها البعض الآخر عملية سيكولوچية، وثمة فريق يعتبرها أسلوب حياة. وقد وصفت سمة الابتكار بأنها تلك الموهبة التي تؤدي إلى التجديد في العلم، والأداء في الفنون الجميلة أو الأفكار الجديدة.

ويعرف «شتاين» Stien الإبداع بأنه «عملية تنتج عنها عمل جديد يرضي جماعة ما، أو تقبله على أنه مفيد».

وقد عرف «كلوبفر» Klopfer الإبداع بأنه «استعداد الفرد لتكامل القيم والحوافز الأولية Archaic بداخل تنظيم الذات والقيم الشعورية، وكذلك تكامل الخبرة الداخلية مع الواقع الخارجي ومتطلباته»[١].

ويرى «فروم» (١٩٥٩) From أن الابتكار بمعنى خلق شئ جديد، شئ يمكن أن يراه ويسمعه الآخرون كأن يكون تصويراً أو نحتاً أو موسيقى أو شعراً أو رواية. ويضيف «فروم» إلى كل ذلك محدداً معنى الابتكار

---

(١) محمد حلمي المليجي، ١٩٨٤، سيكولوچية الابتكار. الإسكندرية: دار المعارف. ص ص ١٢٨ - ١٣٠.

عـندمـا يـقـول «إن الابـتـكـار عـلـى وجـه الـعـمـوم هـو الـقـدرة عـلـى أن تـرى وتتجاوب».

ويرى «روجـــرز» (١٩٥٩) Rogeress «إن المظاهـر الهـامـة لتنظيـم الشخصية التي تساعد على التنبؤ الصحيح بالانتاج الابتكاري هي نفسهـا علاقـة الشخصيـة المتكاملـة القادرة علـى التفاعـل السوي مـع البيئة»، فالشخص المبتكر هو الشخص الناضج انفعالياً، وهو الذي يشعر بالألفة في العالم الذي يعيش فيه، كما يشعر في الوقت ذاته بالوئام مع نفسه ويعـرف «روجرز» Rogeress الابتكـار بأنـه «انتـاج جديـد نسبياً، نابعاً من فردية الشخص من جهـة ومن المـواد والحوادث والناس أو ظروف الحياة المختلفة من جهة أخرى». ويؤكد روجرز على أن الانتاج الابتكاري لابد أن يحظى بقبول الجماعة ورضاها في حقبة زمنية معينة.

ويرى «ماسلو» (١٩٥٩) Mizlo أ الشخص المبتكر يستطيع أن يحيا متعاوناً على أساس المساهمة المتبادلة مع الآخرين ويجد في ذلك إرضاء لحاجاته العديدة وتحقيقاً لتطلعاته في داخل هذا الإطار.

ويرى «المليجي» (١٩٦٨) أن الابتكـار هـو عمليـة تفكير من شأنها أن تحل مشكلة ما بطريقة أصيلة ومفيدة.

ويقدم «عبد السلام عبد الغفار» (١٩٦٤) تعريفاً للابتكار مؤداه: «إن الابتكار هو عملية يحاول فيها الانسان أن يحقق ذاته وذلك باستخدام الرموز الداخلية والخارجية التي تمثل الأفكار والناس، وما يحيط بنا من مثيرات لكي ينتج انتاجاً جديداً بالنسبة إليه أو بالنسبة لبيئته، على أن يكون هذا الانتاج نافعاً للمجتمع الذي نعيش فيه». والمتأمل لهذا التعريف يجده يحتوى على عناصر هامة تتدخل في العملية الابتكارية هي:

١ - إن الابتكار يرمز إلى عملية معينه ينتج عنها شئ ملموس (وهو ما يسمع أو يرى).

٢-الابتكار له هدف معين، وهو اشباع حاجة المبتكر إلى تحقيق الذات (على اعتبار أن تحقيق الذات هو أسمى هدف يمكن أن يحققه الانسان).

٣ -إن وسيلة الشخص للوصول إلى هدفة هو استعمال الرموز الداخلية والخارجية التى تمثل الأفكار والمثيرات الخارجية.

٤ - ومن خلال استعمال هذه الرموز يصل إلى انتاج جديد، قد يكون الانتاج جديداً بالنسبة إلى الفرد، وقد يكون جديداً بالنسبة إلى جماعته وفى الحالتين الانتاج ابتكارى.

٥ - يجب أن يكون الانتاج وظيفياً ونافعاً بحيث يسد فراغاً معيناً.

٦ - هذا الفراغ إما أن يشعر به الفرد أو تشعر به الجماعة.

ومن العوامل العقلية التى لها أهمية فى العملية الابتكارية كما أوضحها «چيلفورد» (١٩٥٧) ما يلى:

١ - **الحساسية للمشكلات :** Sensitivity to problem وهى تشير إلى قدرة الفرد لأن يرى أن موقفاً معيناً ينطوى على عدة مشكلات تحتاج إلى حل.

٢ - **الأصالة :** Originality وهى القدرة على سرعة انتاج أكبر عدد من الاستجابات ذات الارتباطات البعيدة غير المباشرة Association Remote بالموقف المثير، أو استجابات نادرة،أو استجابات تتميز بالمهارة Clever-ness.

٣ - **الطلاقة الفكرية :** Idealional fluency وهى القدرة على سرعة انتاج أكبر عدد ممكن من الافكار التى تنتمى إلى نوع معين من الأفكار التى تحددها بنود الاختبار.

٤ - **المرونة التلقائية :** Spontaneous Flexibility وهى القدرة على سرعة انتاج أكبر عدد ممكن من أنواع مختلفة من الأفكار التى ترتبط بموقف معين.

وقد أكدت هذه العوامل مجموعة من الدراسات الأخرى: دراسة چيرى، وديبووتورنس (١٩٥٩)، ودراسة لونفيلد(١٩٥٩)، ودراسة ماكينون (١٩٧٦)، دراسة اندروز (١٩٦٨)، رونالد(١٩٧٠) Gery, Dembo, Torance, 1959, Lounfield 1959, Mackinnon,1967, Andrews 1968, and Ronald, 1970[1].

والتفكير الابتكارى فى هذا البحث مرتبط بالتعريف الذى بنى عليه الاختبار المستخدم فى البحث وهو يرى أن التفكير الابتكارى «هو قدرة الشخص على إعطاء أكبر عدد من الأفكار المتنوعة والتى تتميز بالأصالة والمرونة والطلاقة بالنسبة للشخص المبتكر نفسه أو بالنسبة لجماعته أو ثقافته».

ويتضمن هذا التعريف المكونات الرئيسية للابتكار:

١- الطلاقة : Fluency

وهى القدرة على استدعاء أكبر عدد ممكن من الأفكار المناسبة فى فترة زمنية محددة لمشكلة أو موقف مثير وينصب الاهتمام هنا على عدد الأفكار أو الكم Quantity بغض النظر عن نوع الافكار Quality ،وتستخدم الباحثة مقياس الطلاقة الفكرية والذى يحددها على أنها القدرة على سرعة انتاج أكبر عدد ممكن من الأفكار التى تنتمى إلى نوع معين من الأفكار التى تحددها بنود الاختبار.

٢ - المرونة : Flexibility

وهى القدرة على انتاج استجابات مناسبة لمشكلة أو موقف مثير، وتتسم بالتنوع، وبمقدار زيادة الاستجابات الفريدة الجديدة تكون زيادة المرونة، وتستخدم الباحثة اختبار المرونة التلقائية والذى يحددها على

---

(١) سيد صبحي، ١٩٧٥، دراسات وبحوث في الشخصية - القاهرة: عالم الكتب. ص ص ١٧ - ١٩.

أنها القدرة على سرعة انتاج اكبر عدد ممكن من أنواع مختلفة من الافكار التى ترتبط بموقف معين يحدده الاختبار.

٣ - الأصالة : Originality

وهى القدرة على انتاج استجابات أصيلة أى قليلة التكرار بالمعنى الاحصائي داخل الجماعة التى ينتمى إليها الفرد، أى أنه كما قلت درجة شيوع الفكرة زادت درجة أصالتها، وتستخدم الباحثة مقياس المترتبات والذى يعرف الأصالة بأنها «القدرة على سرعة انتاج أكبر عدد من الاستجابات ذات الارتباطات الغير مباشرة البعيدة Remote Association بالموقف المثير».

وتلتزم الباحثة بالتعريفات التى وضعها الاختبار لتعريف القدرات المقاسة.

■ الإدمان : Addiction

عندما نحاول تحديد مفهوم الإدمان نجد بعض الصعوبة فى ذلك، لأن مفهوم الإدمان يختلف من الناحية اللغوية فهناك من يقول الإدمان Addiction او اساءة الاستعمال Abuse أو الاستعمال الخاطئ Misuse أو الاستعمال غير الطبى Nonmedical use أو الاعتماد Dependence أو الاستخدام القهرى Complusive use. وكذلك تعنى كلمة إدمان أشياء كثيرة مختلفة لأناس مختلفين، فرجال القانون، ورجال الطب النفسى، وعلماء الأدوية، وعلماء الاقتصاد، وعلماء الاجتماع، كل منهم يعرفها بطريقة مختلفة. فالإدمان بالنسبة للطبيب مشكلة صحة عامة من حيث أنه يؤدى إلى أمراض جسمية كثيرة بالكبد والجهاز المعوى والكلى والجهاز التنفسى والجهاز الهضمى والجهاز التناسلى. وبالنسبة لرجال القانون يمثل مخالفة لقواعد وقوانين وعرف أرتضاه المجتمع، والإدمان يعتبر خروج عن القانون ويستوجب العلاج، وبالنسبة لرجال الطب النفسى فهو إعتماد

قهرى على سموم يستوجب العلاج للتخلص منها، كما يعتبره الطبيب النفسى أنه عبارة عن حالة عقلية تنتاب أنماطاً معينة من الناس لهم شخصية معتلة. وبالنسبة لرجال الاقتصاد فالإدمان عبارة عن نقص فى الانتاجية وسؤ فى توزيع الدخل وتعطيل للقوى البشرية المنتجة. والإدمان بالنسبة لعلماء الاجتماع هو نتاج فقر وبيئات دنيا وضغوط اجتماعية ومسايرة قيم عدائية تجاه المجتمع، والتحصن بنظريات وثقافات اجتماعية منحرفة.

أما الإدمان بالنسبة لعلماء النفس، فهو اضطراب خطير فى الشخصية يجعل الفرد يفضل الاشباع العاجل على الاشباع الآجل، ومشاعر احباط اجتماعي ومعاناة من المرض النفسى، وقلق حاد، واضطراب عقلى لفترة طويلة. فالإدمان مشكلة أساسية من مشاكل الصحة النفسية وسوء التوافق أو هو نوع من حل الصراعات والخلل فى الشخصية. أى أن الإدمان شأنه فى ذلك شأن المرض النفسى حيث أنه فى بعض نواحيه اضطراب وانحراف فى الشخصية، كما أن التخلص منه هو إعادة لتنظيم الشخصية أو تقويتها أو زيادة استبصار الفرد بذاته.

ومن الناحية الفارماكولوچية فإن الإدمان مرادف للاعتماد الفسيولوچى ويقصد بذلك أنه ينتج حالة من التعاطى المتكرر للعقار والتى إذا منعها المدمن نتج عنها اضطرابات فسيولوچية أو ما يسمى بأعراض الامتناع Withdrawal Symptoms وهذه الاضطرابات عادة ما يمكن تفسيرها فارماكولوچياً[1]. وهكذا يمكن أن يختلف تعريف الإدمان حسب التخصص العلمى وثقافة الشخص، فكل منا ينظر إلى المسألة من زاويته الخاصة والتى تختلف من فرد لآخر. ولكن الإدمان عامة يجمع بين الآتى:

➢ **(أ) الاعتياد او التعود (التحمل) Tolerance:** ومعناها أن أنسجة

(1) Halback, H., 1973, Defining Durg Dependence and Abuse. Berlin: Federal Republic of Germany. PP 17 - 21.

الجسم تتكيف مع وجود العقار، وتكون فى حاجة دائمة لزيادة الجرعة لاحداث نفس التأثير السابق لها المتعود عليه.

(ب) الاعتماد الجسمى Physical dependence: نظراً لتناول العقار بصفة مستمرة فإن وجود العقار بالجسم يصبح ضرورياً لتأدية الوظائف العادية المختلفة، وتحدث مضاعفات جسمية أو نفسية شديدة عند الكف عن تناول هذا العقار.

(جـ) أعراض الكف أو الانسحاب (الامتناع)Withdrawal Symptoms هو التأثير الذى يحدث فى الجسم عند الكف أو إيقاف تعاطى العقار الذى أصبح للجسم اعتماداً كلياً عليه.

(د) الاعتماد الفسيولوجى Physiological dependence: الارتباط بتناول العقار والذى ينشأ من قدرة العقار على إرضاء حاجة عاطفية أو نفسية لفرد ما، وهذا الارتباط لا يستلزم اعتماداً جسمياً علي الرغم من أن الاعتماد الجسمى يمكن أن يقوى الاعتماد الفسيولوجى.

(هـ) التعود: Habituation، وهو الحالة التي فيها يرغب الشخص أو يتعود على عقار ما ولكنه لا يرتبط معه بأعتماد جسمي[١].

ويرى «سولتمان» (١٩٧٠) Soltman اتفاقاً مع «وكلر» (١٩٦٣) Wikler أن الادمان يعنى الحاجة الجسمية والنفسية للعقار، بحيث يشعر المدمن برغبة ملحة وقهرية للعقار،ويضطر إلى أن يزيد الجرعة حتى يحصل على نفس التأثيرالمطلوب، ويعانى المدمن من اضطرابات تسمى أعراض الانسحاب، وعادة ما يضر نفسه والمجتمع فى حالة استمراره فى تعاطى العقار[٢].

---

(1) World Health Organization, 1970, Expert Committe on Durg Liable to Produce Dependence, Techn. R. Ser. No. 312. Geneva: W.H.O.

(2) Saltman, Jules, 1970, What We can do About Durg Abuse, New York: Harvard University. P 78.

وقد ميز «سميث» (١٩٧١) Smith بين ثلاث مراحل من الاستخدام للعقار، فهو يرى أن هناك سؤ استخدام يرجع الى رغبة الفرد للتجريب وحب الاستطلاع، ثم سؤ استخدام دورى بقصد الترفيه والتسلية، ثم الإدمان وهو سؤ الاستخدام القهرى Complusive للعقار[١].

وهناك تعريف بأن الإدمان هو المداومة على تعاطى مواد معينة أو القيام بنشطات معينة لمدة طويلة، بقصد الدخول فى حالة من النشوة واستبعاد الحزن والاكتئاب.وإدمان المخدرات عرض لاضطراب أساس فى الشخصية ، والإدمان الحقيقى معناه أن فسيولوچيا الجسم قد تغيرت بالتعاطى المتكرر، فإذا انقطع التعاطى ظهرت فى الحال أعراض الانقطاع[٢].

ويرى معظم المهتمين بدراسة وتعريف الإدمان أن من خصائص الإدمان الأتى:

■ زيادة فى الطاقة والتحمل Tolerance أو نقص الآثار لنفس الجرعة المعطاة من المخدر، وهذا يدفع بعض الأفراد لأن يزيدوا من الجرعة لكى يحصلوا على نفس الأثر للجرعة الاولى.

■ الاعتماد الجسمىPhysical depence تغير الحالة الجسمية أو التوازن الجسمى الذى يحدث من استخدام المخدر لمدة طويلة من الزمن، وهذه هى الأساسيات فى استخدام المخدر لتجنب الآلام والمضايقات من منع المخدر.

■ الرغبة Desire رغبة الفرد القوية أو الحاجة للاستمرار فى أخذ المخدر والحصول عليه بأية وسيلة.

■ الاعتماد النفسىPsycholoigical Dependence على المخدر،متضمناً احلال المخدر لأنواع أخرى من السلوك التكيفى .

---

(1) Smith H. D., 1977, "Drug Use and Abuse". In: Ruch and Zimbardo (eds) Psychology and Life, New York, Grow Hill Book, (Co. INC). P 98.

(٢) سعد حلال، ١٩٦٨، أسس علم النفس الجنائي،.القاهرة: دار المعارف. ص ٢٤١.

■ الميل الى العـودة (النكوص Relapse) حتـى بعد فترة طويلـة مـن الحرمان من المخدر[1].

وقد أضافت منظمـة الصحـة العاليـة (١٩٦٩) W. H.O. معنـى آخـر للإدمان أسمته بالتبعية للعقاقير وعرفته بأنه حالة نفسية وأحيانـاً جسمية ناتجة عن التفاعل ما بين جهاز الجسم الحى، وعقار ما. وتتسم هذه الحالة بتغيرات وانفعالات تنطوى دائماً علـى تعاطـى العقـار بصـورة مستمرة ومتتالية وذلك بغية إعادة توفير الآثار البدنية، وأحيانـاً لتلافـى العنـاء الذى يورثه الحرمان، وقد يخضع الفرد لتبعية أكثر من عقار.

■ التبعية النفسية:وهى أن يثير المخدر شعوراً بالارتياح ودافعاً مادياً لتعاطى المخـدر بصـورة رتيبـة ومستمـرة وذلك للحصـول علـى متعـة أو لتلافى مشاعر مكروهة.

■ التبعية البدنيـة: وهـى تطبـع يبـدو بظهور اضطرابات جسمية عنيفة عندما ينقطع تعاطي المخدر،وتؤلف هذه الاضطرابات أى أعراض الانقطاع مجموعة خاصة من الأعراض الجسمانية والنفسية وهى تختلف تبعاً لنوع المخدر[2].

وترى الباحثة نتيجة لتعدد التعريفات فى تحديد مفهوم الإدمان الأخذ بالتعريف الذى وضعته منظمة الصحـة العالمية W.H.O كتحديـد إجرائى لمفهوم الإدمان فى البحث الحالى، وذلك كما صاغته المنظمة وهو كالآتى:

«إدمـان المخـدرات حالـة تسمم دوريـة أو مزمنـة تلحـق الأذى بالفـرد

---

(1) Kazdine E. A., Bellack A.S., and Micheal Hersen, 1980, New Prespective in Abnormal Psychology, New York: Universiry Press. P 316.

(2) World Health Organization, 1969, Expert Commite on Durg Dependence, Sixteen Report-Tech. R. Ser; No. 407. Geneva W.H.O.

والمجتمع وتحدث من تكرار تعاطى عقار معين (طبيعى أو مصنوع) ومميزاته هى:

١ - رغبة غلابة أو حاجة قهرية للاستمرار فى تعاطى العقار والحصول علية بأية وسيلة.

٢ - ميل إلى زيادة الجرعة المتعاطاة من العقار .

٣ - اعتماد نفسى (سيكولوچى) وجسماني بوجه عام على مفعول العقار.

٤ - تأثير ضار مؤذى للفرد والمجتمع[1].

وقد فرقت منظمة الصحة العالمية بين التعاطى والإدمان فعرفت التعاطى بأنه الاعتياد أو العادة وهى حالة تنشأ من تكرار تعاطى عقاز معين ومميزاته هى:

(أ) رغبة ولكنها ليست قهرية فى الاستمرار فى تعاطى العقار من أجل الشعور بالانتعاش الذى يبعثه.

(ب) ميل قليل ، بل قد لا يوجد ميل قط لزيادة الجرعة المتعاطاة من العقار.

(جـ) اعتماد نفسانى إلى حد ما على مفعول العقار، ولكن لا وجود للاعتماد الجسمى ، وعلى ذلك لا وجود لأعراض الامتناع عن تعاطيه.

(د) تأثير إذا وجد - ضار بالفرد اولاً وقبل كل شئ[2].

وبذلك يكون الإدمان اعتماداً كلياً على المخدرات أو بعبارة نفسية

---

(1) World Health Organization, 1965, Expert Committe On Durg Liable to Produce Addiction. Tech. R. Ser. No. 116. Geneva: W.H.O. P 5.

(2) World Health Organization, 1978, Expert Committe on Durg Dependence. Techn. R. Ser. No. 618. Geneva: W.H.O.

اعتماداً عليه من حيث ما تؤدي إليه نفسياً، بينما التعاطى اعتماد عارض أو حاجة عارضة إلى ما يؤدى إليه المخدر نفسة[1].

■ **المدمن : Addict**

هو الشخص الذى يدخل المخدر فى روتين حياته اليومية أو الذى لا يقل عدد مرات تعاطيه للمخدر عن أربع مرات أسبوعياً وبصفة منتظمة لفترة لا تقل عن خمس سنوات.

■ **المخدرات :**

يعرف القانون المادة المخدرة أو الجوهر المخدر تعريفاً شاملاً كما يلي: .

المادة المخدرة هى العنصر أو المركب أو المحلول المحتوى على الافيون أو الحشيش أو الكوكا أو الهروين بنسبة خاصة، يكون من شأنها أن تفتر الجسم او تغيب العقل أو تهيج الشعور، ذلك لأن معظم المواد المخدرة لابد وأن تحتوى على الأفيون أو الحشيش أو الهروين أو نبات الكوكا.

فالمادة المخدرة تعتبر كل مادة خام أو مستحضرة وتحتوى على جواهر منبهة أو مسكنة من شأنها إذا استخدمت فى غير الأغراض الطبية والصناعية الموجهة أن تؤدى إلى حالة من التعود أو الإدمان[2].

وللمخدر تعريفان : تعريف علمى ، وتعريف قانونى:

فالتعريف العلمى: المخدر مادة كميائية تسبب النعاس أو النوم أو غياب الوعى المصحوب بتسكين الألم، وكلمة مخدر ترجمة لكلمة Nar-cotic المشتقة من الأغريقية Narkosis التى تعنى يخدر أو يجعل الفرد مخدراً.

أما التعريف القانونى: المخدرات مجموعة من المواد تسبب الإدمان

---

(1) World Health Organization, 1973, Expert Committe on Durg Dependence. Techn. R. No. 526. Geneva: W.H.O.

(٢) سعد جلال، ١٩٦٨، أسس علم النفس الجنائي. القاهرة: دار المعارف. ص ٣٨٥.

وتسمم الجهاز العصبى ويحظر تداولها أو زراعتها أو صنعها إلا لأغراض يحددها القانون ولا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له بذلك.

وقد أخذت الباحثة فى تعريفها الاجرائي للمخدرالتعريف الذى وضعته منظمة الصحة العالمية والتى عرفت فيه المادة المخدرة أو العقاقير كما يلي: «أى مواد يتعاطاها الكائن الحى بحيث قد تعدل وظيفة أو أكثر من وظائفه الحيوية»

■ **السلوك : Behavior**

هو كل ما يصدر عن الفرد من نشاط داخلى أو خارجى وهو يتفاعل مع بيئته ويحاول التكيف لها[1] وهو كل ما يصدر عن الفرد من استجابات مختلفة إزاء موقف يواجهه، أو إزاء مشكلة يحلها أو خطر يهدده أو قرار يتخذه أو أزمة نفسيه يكابدها. ويقصد بالاستجابة كل نشاط يثيره منبه أو مثير. والمثير هو أى عامل خارجي أو داخلى يثير نشاط الكائن الحى أو نشاط عضو من أعضائه وعلى هذا يشمل السلوك الآتى:

- كل ما يفعله الانسان ويقوله.
- كل ما يصدر عنه من نشاط عقلى كالادراك والتفكير والتخيل.
- كل ما يستشعره من تأثيرات وجدانية، كالاحساس باللذة والألم، والشعور بالضيق والارتياح، بالخوف والغضب مع ما يصاحب ذلك من أنشطة فسيولوچية شتى[2] .

وترى الباحثة أن السلوك «هو ما يقوم به الفرد من استجابات مختلفة

---

(١) عبد المنعم الحفني، ١٩٧٨، موسوعة علم النفس التحليل النفسي. القاهرة: مكتبة مدبولي. ص ٩٢.

(٢) أحمد عزت راجح، ١٩٧٥، أصول علم النفس. القاهرة: المكتب العربي الحديث للطباعة والنشر. ص ٢٢.

تجاه ما يقابله من مواقف، فهو ما يقوله،وما يصدر عنه من أنشطة عقلية مختلفة، وما يشعر به من مشاعر وانفعالات وما يعتريه من احاسيس مختلفة».

أدوات البحث :

وقد استخدمت الباحثة الأدوات التالية والتى تتفق مع ما فرضته من فروض وتصلح للتطبيق على العينة:

١ - استمارة المقابلة من إعداد الباحثة.

٢ - استمارة المستوى الاجتماعى/ الاقتصادى من إعداد الباحثة.

٣ - بعض مقاييس من اختبار الشخصية المتعدد الاوجه:

- مقياس توهم المرض.
- مقياس الهستريا.
- مقياس الاكتئاب.
- مقياس الانحراف السيكوباتى.

٤ - بعض اختبارات من اختبارات القدرة على التفكير الابتكارى:

- اختبار الطلاقة الفكرية.
- اختبار المترتبات.
- اختبار الاستعمالات.

من إعداد عبد السلام عبد الغفار.

٥ - استبيان مستوى الطموح من إعداد د. كاميليا عبد الفتاح.

٦ - اختبار الذكاء المصور من إعداد د. أحمد زكى صالح.

منهج البحث :

استخدمت الباحثة المنهج الوصفى الاحصائى وقد قامت باستخدام

الاحصاء الوصفى لبيان دلالة الفروق بين المجموعات، فاستخدمت اختبار «ت» وتحليل التباين لمجموعتين لمعرفة مدى تجانس العينة أو عدمه.

خطوات البحث :

وقد اتبعت الباحثة الخطوات التالية:

١ - الدراسة النظرية: وهى تجميع نظرى لمعظم ما كتب من أعمال نظرية أو دراسات حقلية تناولت موضوع الإدمان وقد ساعدتها هذه القراءات فى تحديد حجم المشكلة عالمياً ومحلياً وفى التجميع النظرى مادة هذا البحث.

٢ - تجميع الدراسات السابقة العربية أو الاجنبية التى لها صلة بموضوع الدراسة، وسوف يتم عرض هذه الدراسات فى الفصل الخاص بها.

٣ - الدراسة الاستطلاعية: وقد ساعدتها هذه الدراسة في إعداد استمارة المقابلة كذلك معرفة ضرورة إعادة صياغة الاختبارات من اللغة العربية الفصحى إلى العامية نظراً لما وجدته الباحثة من ظروف العينة التعليمية والثقافية.

٤ - تقنين الاختبارات.

٥ -الاتصالات بالجهات المسئولة عن مدمنى المخدرات لاتاحة الفرصة لمقابلة العديد منهم والتعرف على استعداداتهم لمساعدة الباحثة.

٦ - قامت الباحثة بعد ذلك بتحديد اماكن العينة.

٧ - تطبيق الاختبارات المستخدمة فى هذا البحث على العينة وقد استغرق التطبيق ثمانى أشهر من يناير إلى أغسطس ١٩٨٣.

٨ - تفسير النتائج التى توصل إليها البحث فى ضؤ فروض البحث ومتغيراته.

٩ - كتابة التوصيات الخاصة بالبحث وما أسفر عنه من نتائج وما يسفر عنه من دراسات مستقبلة.

أولاً - العينة

تنقسم عينه البحث إلى مجموعتين، المجموعة الأولى تجريبية مدمنة للمخدرات المختلفة ولها تاريخ ادمانى طويل، والمجموعة الثانية ضابطة، ليس لها أى علاقة مباشرة او غير مباشرة بالمخدرات.

مصدر العينة التجريبية :

قامت الباحثة بدراسة استطلاعية لمعرفة الأماكن والأحياء التى يتردد عليها المدمنون والموجودين فيها بصورة ثابتة نسبياً، حتى تتمكن الباحثة من مقابلتهم أكثر من مرة وأن تضمن وجودهم فيها عندما ترغب فى مقابلتهم مرة أخرى.

وكانت مصادر العينة كالآتى:

(أ) المصدر الأول :

قامت الباحثة بالذهاب إلى مستشفى شرق المدينة والتى بها قسم لعلاج الإدمان ويتردد عليها المدمنون يوم الأثنين من كل اسبوع، ومعظم المدمنين المترددين علي هذه المستشفى لم يذهبوا للعلاج من تلقاء انفسهم ولكن تم ضبطهم عن طريق مكاتب مكافحة المخدرات المنتشرة فى معظم أجزاء مدينة الإسكندرية أو عن طريق مكتب الرعاية اللاحقة بمديرية الأمن ويشرف على قسم الإدمان بهذه المستشفى، وقد حصلت الباحثة على ١٨ حالة مدمنة للمخدرات من هذه المستشفى، وجميعهم لهم ملف إدمان وتاريخ ادمانى طويل ويذهبون للمستشفى مرغمين، وليست لديهم أي رغبة للاقلاع عن المخدر، ولا يتناولون العلاج المقرر لهم فيما عدا الحبوب المهدئة فيتناولونها مع مخدرهم المفضل.

(ب) المصدر الثانى :

حصلت الباحثة من مكتب مكافحة المخدرات بحى غرب الاسكندرية على أسماء مجموعة من المدمنين الخطرين والمسجلين بالمكتب، وقد

ساعدها المكتب فى الحصول على ١ حالات وقد تم اختيارهم عشوائياً من بين أسماء المدمنين.

(جـ) المصدر الثالث :

قامت الباحثة بزيارة أكبر مجتمع فى الإسكندرية شهرة بإدمان المخدرات وخاصة (الحشيش) وهو حى كوم الدكة. وقد ساعدها تجار المخدرات فى هذا الحى، بعد أن شرحت لهم الباحثة الغرض من البحث وكسب ثقتهم، فى جمع ثمانى حالات من المدمنين الذين يتناولون المخدر بصورة يومية.

- وكذلك تمكنت الباحثة من حصر ٥ حالات من حى العامرية عن طريق مكتب مكافحة المخدرات فى هذه المنطقة.

- وأيضاً من منطقة نادى الصيد بحى محرم بك تمكنت الباحثة بمساعدة أصدقاء لها فى الحصول على ٣ حالات مدمنة للأفيون بهذه المنطقة.

- تمكنت الباحثة من حصر حالتين من المدمنين المترددين على بنك الدم بمستشفى الشاطبي، فكانت هذه الحالات تتبرع بدمها مقابل مبلغ من المال لشراء المخدر.

- حالة مدمن مخدرات مقبوض عليه فى نيابة المخدرات.

- حالة من منطقة السيوف.

وبذلك تكون عينة المجموعة التجريبية مكونة من ٤٨ فرداً مدمناً كالآتى:

جدول رقم (٦)

مصدر العينة	عدد الحالات
مستشفى شرق المدينة	١٨
مكتب مكافحة المخدرات (المنشية)	١٠
مكتب مكافحة المخدرات (العامرية)	٥
حى نادى الصيد (محرم بك)	٣
مستشفى الشاطبى الجامعى (بنك الدم)	٢
نيابة المخدرات	١
حى كوم الدكة	٨
منطقة السيوف	١
المجموع	٤٨

وقد راعت الباحثة في اختيارها لعينتها الآتى:

- أن تكون العينـة مشتملـة على مدمنين لجميـع أنواع المخدرات دون التركيز على نوع بعينه.
- أن تكون العينة من أماكن متفرقة من مدينة الإسكندرية.
- أن يكون حجم العينة مناسباً وبدرجة تسمح للمقارنة.
- أن تتميز العينة بتاريخ إدمانى طويل.
- أن تكون العينة لا زالت على عهدها بالمخدر.

مصادر العينة الضابطة :

قامت الباحثة بجمعهم بطريقة عشوائيـة من العاملين فى المهن الحرفية واليدوية فى مجموعة من الشركات الانتاجية وكانت مصادرهم كالآتى:

المصدر الأول :

شركة كابو (النصر لصناعة المنسوجات) ١٨ فرداً من العاملين فى اصلاح الماكينات والسعاه.

المصدر الثانى :

شركة ستيا ١٣ حالة.

المصدر الثالث :

شركة مطابع محرم الصناعية ١٢ حالة

- خمس حالات من العاملين فى المهن الحرة.

جدول رقم (٧)

مصدر العينة	عدد الأفراد
شركة كابو	١٨
شركة ستيا	١٣
شركة مطابع محرم الصناعية	١٢
مهن حرة مختلفة	٥
المجموع	٤٨

وقد راعت الباحثة عند اختيارها للعينة الضابطة أن تكون مماثلة للعينة التجريبية فى المهن، السن، المستوى الاجتماعى، والبيئة السكنية.

سن المجموعة الضابطة :

وكان المتوسط الحسابى لسن المجموعة الضابطة (١٥ر٤٠) سنة بانحراف معياري قدره (١٦ر١٥).

وصف العينة التجريبية :

تتكون عينة البحث التجريبية من مجموعة من مدمنى المخدرات التى تمكنت الباحثة من جمعهم من مناطق الإسكندرية المختلفة، وستعرض الباحثة لوصف المهن، المستوى الاجتماعى الاقتصادى، التاريخ الإدمانى لعينتها .وقد قامت الباحثة بتصنيف معظم هذه البيانات فى فئات ونسب مئوية كالآتى:

أولاً - السن :

وتم حساب المتوسط الحسابى لسن المجموعة التجريبية فكان (٤٨ر٤١) بانحراف معيارى قدره (٤٢ر٩).

ثانياً - الحالة الاجتماعية :

يشكل المتزوجون أكبر نسبة من أفراد المجموعة التجريبية، إذ بلغت نسبة المتزوجون من العينة (٥ر٦٢٪)، ونسبة (٨٣ر٢٠) لم يسبق لهم الزواج، ونسبة (٠٥ر١٢) من العينة مطلقين، ونسبة (١٧ر٤)أرامل.

وبالنسبة لعدد مرات الزواج، يتساوى عدد من تزوجوا مرة واحدة بعدد من تزوجوا مرتين، إذ تبلغ النسبة لكل منهما (٨٨ر٤٦٪) وهناك (٢٥ر٦) من العينة تزوجوا ثلاث مرات .

مهنة الزوجة :

كل زوجات المجموعات التجريبية المتزوجين لا تعمل فيما عدا ثلاثة منهم تعمل زوجاتهم عاملات فى الشركات. وبالنسبة للحالة التعليمية للزوجة فكانت ١٠٠٪ من زوجات المدمنين أميات وهى كل زوجات العينة.

وبالنسبة لعدد الأولاد:

فقد كان هناك ٤٤ر٣٠٪ من العينة المتزوجة لم تنجب بعد وكان

٦٤ر٦٨٪ مـن العينـة لديهـم أولاد ومتوسـط عـدد الأولاد بالنسبـة للمجموعة كلها ٦ أولاد للفرد الواحد.

ثالثاً - الحالة التعليمية :

بلغت نسبة الأمية ٠٨ر٥٢٪ فى العينة، ونسبة من يقرأون ويكتبون بلغـت ٥ر ٣٧٪، وكانت نسبـة ٢٥ر٦٪ مـن العينـة متعلمـة تعليم ابتدائى، و١٧ر٤٪ من العينة تعليمها متوسط.

رابعاً - الحالة الوظيفية :

قامت الباحثة بعمل جدول يوضح توزيع مهن العينة التجريبية كالآتى:

جدول رقم (٨)

المهنة	تكرارها	نسبتها٪	المهنة	تكرارها	نسبتها٪
صياد	٤	٨٫٣٣	فلاح	٢	١٧ر٤
بائع أسماك	٣	٦٫٢٥	تاجر مخدرات	٤	٨٫٣٣
حلاق	١	٠٨ر٢	صاحب عربة شاى	٦	١٢٫٥٠
خردواتى	٢	١٧ر٤	ميكانيكي سيارات	٥	٤٢ر١٠
عاطل	٥	٤٢ر١٠	فراش	٥	٤٢ر١٠
سباك	٤	٨٫٣٣	ترزى	١	٠٨ر٢
مقاول	١	٠٨ر٢	موظف	٣	٦٫٢٥
صائغ	١	٠٨ر٢	جزار	١	٠٨ر٢

وتبين مـن الجـدول السابـق أن أفـراد العينـة يمتهنـون مهـن وأعمـال مختلفـة، وقـد نجـد أن توزيع المهـن هـذا يتفـق مـع من يـرون أن مدمنـى المخـدرات مـن ذوى الأعمـال الحقيرة والتـى لا تتطلب استعداداً عقلياً أو مستوى تعليمى معين.

خامساً - الحالة السكنية :

■ الأحياء التى يقطنها المدمنون :

جدول رقم (٩)

اسم الحي	عدد الأفراد	النسبة المئوية ٪	اسم الحي	عدد الأفراد	النسبة المئوية ٪
امبروزو	٢	٤ر١٧	مينا البصل	٢	٤ر١٧
نادى الصيد	٣	٦ر٢٥	السيوف	١	٢ر٠٨
كرموز	٣	٦ر٢٥	المنشية	٢	٤ر١٧
حارة باطارية	٣	٦ر٢٥	بحري	٥	١٠ر٤٢
العامرية	٥	١٠ر٤٢	القباري	٢	٤ر١٧
سيدى بشر	١	٢ر٠٨	الورديان	٢	٤ر١٧
كوم الدكة	٥	١٠ر٤٢	العزبة	٣	٦ر٢٥
كوم الشقافة	٥	١٠ر٤٢	جبل ناعسة	٢	٤ر١٧
اللبان	٢	٤ر١٧			

■ عدد حجرات المسكن :

جدول رقم (١٠)

عدد الحجرات	عدد الأفراد	النسبة ٪
حجرة واحدة	٢٣	٤٧ر٩٢
حجرتان	١٧	٣٥ر٤٢
ثلاث حجرات	٦	١٢ر٥
أربع حجرات	٢	٤ر١٧

سادساً - الدخل الشهرى :

وستعرض الباحثة له فى جدول من واقع بيانات المفحوصين كالآتى:

جدول رقم (١١)

الدخل الشهري	تكراره	النسبة المئوية ٪
٦٥	٧	١٤ر٥٨
٩٥	٢	٤ر١٧
١٠٠	٦	١٢ر٥
١٥٠	٥	١٠ر٤٢
١٦٥	١	٢ر٠٨
٢٠٠	٧	١٤ر٥٨
٢٥٠	٥	١٠ر٤٢
٣٠٠	٥	١٠ر٤٢
٤٠٠	٦	١٢ر٥
٥٠٠	٤	٨ر٣٣

وكان متوسط دخل الفرد من مدمنى المخدرات = ١٢ر٢٢٣ جنيه بحد أدنى ٦٥ جنيه وحد أقصى ٥٠٠ جنيه.

ومن الجدول يتضح لنا التفاوت الواضح فى دخل المجموعة إلا أنهم يشتركون جميعاً فى سمة الإدمان ولكن الاختلاف فى الدخل سينعكس أثره على نوع المخدر المدمن وعدد مرات تعاطيه.

سابعاً - التاريخ الإدمانى :

١ - بالنسبة لنوع المخدر الذى سبق للمدمن تعاطيه :

جدول رقم (١٢)

المخدر	تكراره	النسبة ٪
حشيش	٤٣	٨٩ر٥٨
أفيون	٣٤	٧٠ر٨٣
هيروين	١٠	٢٠ر٨٣
كودايين	٣	٦ر٢٥
حبوب مهدئة ومنبهة	١٩	٣٩ر٨٥
كوكاكين	٣	٦ر٢٥

ويتضح من الجدول السابق أن معظم أفراد العينة قد تناولوا الحشيش. ويعد الحشيش أكثر العقاقير انتشاراً إذ بلغ من تعاطى الحشيش من أفراد العينة نسبة (٨٩٫٥٨٪)، وكذلك تناولت نسبة كبيرة من العينة الأفيون (٨ر٠٧٪) ونسبة منهم أخذت المهدئات والمنبهات، وتناول الهروين منهم (٨٣ر٢٠). وكان أقل مخدر هو الكوكايين (٢٥ر٦) فقط من العينة وربما يرجع ذلك الى ندرته وغلو ثمنه.

وقرر من يأخذون المنبهات والمهدئات إنهم يقومون بسحقها وإضافتها إلى الشاي المغلى ويشرب فى الصباح الباكر قبل تناولهم أي طعام.

المخدر الحالي :

يعد الحشيش من أعلى العقاقير الحالية تناولاً وتكراراً إذ أن (٨٥ر٣٩٪) من العينة يدمنون الحشيش، ولكن ليس الحشيش بمفرده كما أجمع كل الأفراد ولكنهم يقومون بخلطه بحبوب الاويتاليدون المستورد أو الريتالين أو حبوب الماندركس ويغلى الخليط على النار فى مشروب القهوة أو الشوكولاتة أو بتدخين الحشيش وبلع الأقراص قبل التدخين مباشرة. ويلى إدمان الحشيش والحبوب، إدمان الأفيون إذ بلغت نسبة (٨٣ر٢٨) من العينة الذين يدمنون الأفيون، يلى ذلك إدمان الحشيش بدون إضافة حبوب(٦٧ر١٦) ثم الحبوب المهدئة (٤٢ر١٠٪). وكانت أقل نسبة للكودايين (٢٥ر٦) والهروين (١٧ر٤).

وستعرض الباحثة لهذه النسب فى جدول لتوضيحها :

(جدول يوضح توزيع المخدرات المدمنة حالياً لدى عينة البحث)

جدول رقم (١٣)

المخدر الحالي	تكراره	النسبة المئوية ٪
حشيش + حبوب	١٩	٣٩٫٨٥
أفيون	١٠	٢٨٫٨٣
هيروين	٢	٤٫١٧
كوداين	٣	٦٫٢٥
حبوب مهدئة أو منبهة	٥	١٠٫٤٢
كوكايين	١	٢٫٠٨
حشيش فقط	٨	١٦٫٦٧

عدد المخدرات المتناولة حالياً :

قررت نسبة كبيرة من العينة أنها تتناول أكثر من مخدر في آن واحد وفى الجرعة الواحدة، ويرجعون ذلك إلى أن التجار يقومون بخلط المخدرات الطبيعية بمواد غريبة، مما يفقدها قوتها التأثيرية التى ألفوها، كما أن معظم الذين يتناولون مخدرين كانوا مدمنى أفيون، ونظراً لندرة الأفيون وغلو ثمنه فوق طاقتهم فإنهم يعملون الخلط هذا لكى يحميهم من مشاعر قطع الأفيون المؤلمة وتريحهم نفسياً.

(حدول يوضح عدد المخدرات المدمنة لدى أفراد العينة)

جدول رقم (١٤)

عدد المخدرات في الجرعة الواحدة	عدد الأفراد	النسبة المئوية ٪
مخدر واحد	١٠	٢٠٫٨٣
مخدرين	٣٣	٦٨٫٧٥
ثلاثة أنواع أو أكثر من ذلك في الجرعة الواحدة.	٥	١٠٫٤٢

السن عند تعاطى أول عقار :

وقد قامت الباحثة بتفريغ السن للمجموعة كلها فى فئات كالآتى:

جدول رقم (١٥)

فئة السن	ك	النسبة المئوية ٪
١٠ - ١٢	٦	١٢٫٥
١٣ - ١٥	٧	١٤٫٥٨
١٦ - ١٨	١٤	٢٩٫١٧
١٩ - ٢١	١٣	٢٧٫٠٨
٢٢ - ٢٤	٢	٤٫١٧
٢٥ - ٢٧	٣	٦٫٢٥
٢٩ - ٣٠	٣	٦٫٢٥

وكان متوسط السن عند بداية التعاطى (١٨٫٢٥) سنة وبانحراف معيارى قدره (٣٫٦٩).

الدافع لأخذ المخدر فى أول مرة :

جدول رقم (١٦)

السبب	تكراره	النسبة المئوية ٪
الأصدقاء	٢٣	٤٩٫٩٢
حب الاستطلاع	٨	١٦٫٦٧
عادات المجتمع	٧	١٤٫٥٨
توافر المال	٧	١٤٫٥٨
الجنس	٧	١٤٫٥٨
بيع المخدر	٣	٦٫٥
المرض	٣	٦٫٢٥
الحزن	١	٢٫٠٨

ومن الجدول يتضح لنا أن أقوى الأسباب دفعاً لأخذ المخدر هم جماعة الأصدقاء ويليه حب الاستطلاع، ثم الجنس، وقد ذكر بعض أفراد العينة أكثر من سبب مجتمعين فقد جمع معظمهم بين (الأصدقاء والرغبة في المعرفة) (الجنس وتوافر المال).

■ مدة الإدمان :

جدول رقم (١٧)

المدة	تكرارها	النسبة ٪
٧ - ١٠ سنوات	٨	١٦٫٦٧
١١ - ١٤ سنة	١٠	٢٠٫٨٣
١٥ - ١٨ سنة	١٠	٢٠٫٨٣
١٩ - ٢٢ سنة	١٥	٣١٫٢٥
أكثر من ٢٢ سنة	٥	١٠٫٤٢

وقد قامت الباحثة بحساب مدة الإدمان من طرح السن الحالى للمدمن من السن عند بداية التعاطى، وذلك بالنسبة للمدمنين المنتظمين وحيث أن عينة البحث منتظمة فى الإدمان ولم تقلع عن المخدر فكانت العينة كلها لها تاريخ إدمانى طويل وكانت أعلى نسبة فى فئات الزمن من (١٩ - ٢٢سنة) بنسبة مئوية (٣١٫٢٥٪) يليها فئات الزمن من(١١- ١٤)، (١٥ - ١٩)سنة وكانت نسبة كل منهما (٢٠٫٨٣٪) وتليها من (٧ - ١٠) سنوات بنسبة (١٦٫٦٧٪)، وأقل تسبة هى أكثر من ٢٢ سنة (١٠٫٤٢٪)وربما يرجع ذلك إلى أن العينة تعد صغيرة فى السن نسبياً. وكان متوسط التاريخ الإدمانى لدى العينة (١٦٫١٦) سنة بانحراف معيارى قدره (٤٫٦٩).

ثانياً - أدوات البحث :

قامت الباحثة باستخدام الأدوات التالية:

- المقابلة المقيدة.
- اختبار الشخصية متعدد الأوجه (مقاييس توهم المرض، الاكتئاب، الهستيريا والانحراف السيكوباتى).
- استبيان مستوى الطموح.
- اختبار الذكاء المصور.
- اختبارات القدرة على التفكير الابتكارى(الطلاقة الفكرية - المرونة - الاصالة).
- استمارة المستوى الاجتماعى والاقتصادي.

وقد استخدمت الباحثة هذه الأدوات لأنها تغطي الفروض التى افترضتها فى دراستها وتلائم اتجاهات البحث، فالمقابلة فرصة للتعرف علي العديد من العوامل النفسية والاجتماعية للشخص المدمن، ومقاييس العصابية والانحراف السيكوباتى من مقياس الشخصية المتعدد الأوجه والتى أفترضت الباحثة وجودها فى مدمني المخدرات بصورة مرتفعة عن غيرهم من غير المدمنين. وكذلك مقياس الانحراف السيكوباتى والذي قررت معظم الدراسات أنها سمة مميزة لمدمنى المخدرات، وأستخدمت كذلك استبيان مستوى الطموح لقياس مدى توافر هذه السمة من سمات الشخصية عند مدمنى المخدرات دون غيرهم من دون المدمنين. وقد استخدمت الباحثة استمارة المستوى الاجتماعى والاقتصادى لوصف السمات الاجتماعية والاقتصادية للمدمنين ومقارنتها بغيرهم.

وصف الأدوات :

١ - استمارة المقابلة : (ملحق رقم ٨)

قامت الباحثة بتصميم استمارة للتعرف على العديد من العوامل

المتعلقة بالإدمان وذلك بعد مقابلتها لعدد من مدمنى المخدرات قامت بعمل مقابلة حرة معها حددت منها بنود الاستمارة وعدد أسئلة كل بند وقامت بعد ذلك بتطبيق الاستمارة على ثلاثة من المدمنين الذين استوعبوا كل بنودها ، ثم عرضتها على مجموعة من الأطباء النفسيين اللذين يعملون في ميدان معالجة المدمنين وكذلك الاخصائيين النفسيين والأجتماعيين من العاملين بهذا الميدان أيضاً، وبناء على توجيهاتهم تم تعديل الاستمارة وكانت كل تعديلاتهم متضمنة طول بنود الاستمارة، وجعل الاسئلة مفتوحة الاجابات.

وبعد إجراء هذه التعديلات وتصميم الصورة النهائية للاستمارة كانت كالآتي:

اقسام بنود الاستمارة	عدد اسئلتها
١ - بيانات عن الحالة الاجتماعية والمدنية	١٨
٢ - بيانات عن التاريخ الإدمانى للحالة	١٤
٣ - بيانات عن إدمان المخدر	١٠
٤ - آثار المخدر على الشخص	٤٣
٥ - آثار الإدمان على الجنس	١٢
٦ - مشكلات المدمن	١٠

ويتضح من ذلك أن عدد أسئلة الاستمارة(١٠٧)سؤالاً وضعت لقياس العديد من السمات عند المدمن.

٢ - اختبار الشخصية المتعدد الأوجه : (ملحق رقم ٤).

قام بوضع هذا الاختبار هاثاواى وماكنلى،وقد ترجمه الى اللغة العربية لويس كامل مليكة وآخرون،والاختبار يفيد كأداة للتشخيص السيكياتري ويغطى بصورة موضوعية نظامية جوانب متعددة من السلوك أكثر مما

يتحقق عادة في المقابلة الأكلينيكية، ويشمل الاختبار٥٦٦ عبارة تغطى مدى واسعاً من الموضوعات تتناول الجوانب المختلفة في الشخصية مثل: الصحة العا..ة، والنواحى الصحية الخاصة بما فيها من أجهزة الجسم المختلفة،والعادات،والعائلة،والزواج، المهنة، التعليم، والاتجاهات الجنسية والاجتماعية والدينية والسياسية والنزعات السادية والماسوكية والهواجس والهلاوس والمخاوف المرضية،وكذلك الحالات الانفعالية المختلفة بما فيها حالات الانقباض والحالات الوسواسية والقهرية،وكذلك الروح المعنوية، وما يتصل بالذكورة والانوثة واتجاه المفحوص نحو الاختبار.

وقد صنفت هذه العبارات فى أربع مقاييس صدق يرمز إليها بالرموز (؟، ل، ف، ك) وعشرة مقاييس أكلينيكية .

١ – مقياس(؟)عبارة عن عدد العبارات التى لم يجب عنها المفحوص بنعم أو لا والدرجات الكبيرة على هذا المقياس تدل على أن عدداً من الأسئلة التى تخص المقاييس الاكلينيكية لم يجب عنها، وفي هذه الحالة لا يمكن الاعتماد على إجابات المفحوص لعدم صدقها.

٢ – مقياس (ل) وارتفاع درجات هذا المقياس تدل على أن القيم الفعلية للمقاييس الاكلينيكية أعلى من القيم التى حصلت عليها الحالة.

٣ – مقياس الصدق (ف) وهو يستخدم أساساً لتقدير صدق الاختبار الكلى وعندما تكون الدرجة (ف) عالية فإن المقاييس الاكلينيكية تكون غير صادقة.

٤ – مقياس (ك) ويستخدم أساساً لبعض المقاييس الاكلينيكية.

الى جانب المقاييس العشرة الاكلينيكية وستعرض الباحثة لها عرضاً سريعاً على أن تعرض ببعض التفصيل بعد ذلك للمقاييس المستخدمة في هذا البحث.

١ - مقياس توهم المرض (هـ س Hypoc ondriasis) :

وهـو مقياس خاص بالاهتمـام الشـاذ العصابـي لوظائف الجسم والذى ليس له أي اساس عضـوى، ويتميز الأفـراد الذين يحصلـون علـى درجـة عاليـة فـى هـذا المقيـاس بالتمركز حول الذات، وعدم النضج فى معاملـة المشكلات والاستجابات الغير مناسبة في المسائل الخاصة بأبدانهم.

٢ - مقياس الاكتئاب (د Depression) :

ويتميز الأفراد الذين يحصلـون علـى درجـات عاليـة بأنهـم منشغلين بالموت والانتحار ، وهبوط الروح المعنوية ، والتشـاؤم، والاحساس بخيبـة الأمـل، وعـدم القدرة على إظهار التفـاؤل العـادى والافتقـار إلى الثقـة بالنفس.

٣ - مقياس الهستيريا (هـ س Hysteria) :

فإن أصحاب الدرجات العليا يضموا أفراد مـروا بخبرات مـن الضعف والأغماء ومن المحتمل أن يظهر الفـرد هـذه الأعـراض مـداراة لمسئولياتـه وصراعاته، وكذلك فإن هؤلاء الهستيريين يكونوا من المحتمل أقلّ نضجاً من الناحية السيكولوچية من أي فئة أخرى.

٤ - مقياس الأنحراف السيكوباتى(ب د Psychopathic Deviation):

والأفراد الذين يحصلون على درجات عالية فى هذا المقياس يميلون الى ارتكـاب الاعمـال اللاجتماعية واللاخلاقيـة بغض النظـر عـن خسـارتهـم الشخصية، كما أنهم يتشابهون مع أفراد أظهـروا عـدم الاكتراث بالعـرف الاجتماعى وعدم الاستفادة من تجاربهم.

٥ - مقياس الذكورة - الانوثة (م . ف Masculinity - Femminity):

ويدل ارتفاع الدرجة على هـذا المقيـاس لكل مـن الذكـور والأناث على انحراف فى نمط الاهتمام بالجنس الآخر وليس من الضرورى وجـود جنسية مثلية إلا إذا كانت هناك قرائن أخرى.

٦ - مقياس البارانويا (ب أ Paranoia) :

ويقابل هذا المقياس بين استجابات جماعة من الأفراد العاديين ومجموعة من المرضى الذين اتصفوا بأوهام العظمة والاضطهاد والشك والحساسية الزائدة.

٧ - مقياس السيكاثينيا(ب ت Psychasthenia) :

ويتميز من يحصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس بوجود مخاوف مرضية أو سلوك قسرى مثل غسل اليد، الوسواس، والمخاوف الشاذة والاحساس بالذنب، وصعوبة التوصل إلى قرارات، وصعوبة التركيز، وعدم الواقعية فى المستويات الأخلاقية، ونقد الذات ويتوقعون من أنفسهم ما لا يستطيعونه فعلاً.

٨ - مقياس الفصام (س ك Schizophrenia) :

والأشخاص الفصاميون ينقطعون فى حياتهم الشخصية عن الواقع، ويتصفون بالعزلة الاجتماعية عن الناس، وعادة ما يوصف هؤلاء بأنهم باردون، غير ودودين ويوجد ارتباط قوى بين هذا المقياس ومُقياس السيكاثينيا.

٩ - مقياس الهوس الخفيف (م أ Hypoimainia) :

يتميز المريض ذو الهوس الخفيف بأنه ذو طموح عال وزيادة الانتاجية، والنشاط الزائدوالاستثارة الانفعالية، والأفكار الطيارة، ويعتبر مريضاً خطيراً لأنه يعد بعيداً عن السلوك السوى، ونجد أنه من الصعب أن نميز بين هؤلاء الأفراد وبين الأسوياء من الطموحين والنشيطين.

١٠ - مقياس الانطواء الاجتماعي (س . ى Social Introvertion) :

ويقيس الميل إلى الاتصالات الاجتماعية والمسئوليات،وعادة ما يظهر على هذه الحالات عدم الراحة فى المواقف الاجتماعية وعدم الميل إلى الآخرين، كما أنهم يظهرون حساسية وعدم أمن وحذر غير محدد الوجهة

إعاده مـ ـكرون دفعاتهم ، عر انهم وكل هذا مرتبـط بسلـوك انطوائـي . تأكيد ـد تحقيق الذات

وتمثـل المقاييس الاكلينـيكيـه الثلاثـه (الهستيـريا - توهـم المرض الانقباض) مثلث العصاب.

وهي مقاييس تستخدم منفصلة لقياس أنواع من العصاب.وإلى جانب هذه المقاييس الأصلية فهناك المئات من المقاييس الفرعية منها ، مقياس التعصب، مقياس المسئولية، مقياس ألم أسفل الظهر، مقياس الاعتماد ، مقياس قوة الأنا ، مقياس قوة المكانة الاجتماعية.....الخ[1].

الاختبار كما أستخدمته الباحثة : (ملحق رقم ٦)

■ اختارت الباحثة من الاختبار٤ مقاييس تلائم ما وضعته من فروض لبحثها ، وهى المقاييس الثلاثة التى تمثل مثلث العصابيـة (توهم المرض، هستيريا ، اكتئاب) ومقياس الانحراف السيكوباتى.

■ ونظـراً لأن اختبار الشخصيـة المتعـدد الأوجـه قد صيغت كل بنوده باللغة العربية لفصحى. وقد لاحظت الباحثة فى دراستها الاستطلاعية أن معظم أفراد عينتها من مدمنى المخدرات لا يعرفون القراءة والكتابة وكان من الصعب عليهـم فهـم عبارات المقاييس لذلك قامت الباحثـة باعـادة صياغة بنود المقاييس المستخدمة باللغة العامية مستعينة فى ذلك بالنسخة العامية لتى أعدها د / سامى هنا.

■ قامت الباحثـة باستخراج العبـارات التـى تقيس المقاييس الأربعـة وذلك باستخدام مفاتيح التصحيح الخاصة بكل مقياس،بعد وضع المفتاح الخاص بكل مقياس على ورقة الاجابة ووضع علامة على الأسئلة الخاصة بكل من هذه المقاييس الأربعة.

---

(١) لويس كامل مليكه. محمد عماد الدين اسماعيل. عطية محمود هنا. ١٩٧٤ كراسة تعليمات اختبار الشخصيه المتعدد الأوجه القاهرة: النهضة المصرية ص ص ٢٢ - ٤٣

■ قامت الباحثة أيضاً باستخراج نفس العبارات المقابلة من النسخة العامية وبذلك تكون الباحثة قد حصلت على نسخة للمقاييس الأربعة باللغة المصرية العامية وكان عدد الأسئلة ١٥٤ سؤالاً للمقاييس الأربعة.

■ قامت الباحثة بتعديل بعض العبارات في النسخة العامية وذلك لتوضيحها بصورة أكبر لمدمني المخدرات مع عدم المساس بجوهر العبارة وهذه العبارات المعدلة هي أرقام : ٦، ٧، ٨، ١٢، ١٦، ٢٣، ٢٩، ٣٦، ٤٢، ٧٢، ١٠٣، ١٨٢، ١٨٨، ١٩١، ٢٤٣.

■ قامت الباحثة بحساب صدق وثبات لهذه المقاييس الأربعة كالآتى.

أولا - الصدق :

(أ) مقياس توهم المرض :

قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة قوامها خمسة وثلاثون طالباً من طلاب الفرقة الرابعة بقسم علم النفس بنسختيه العامية والفصحى، وبعد التصحيح حسبت قيمة (ت) ومعامل الارتباط بين التطبيقين وكانت النتائج كالآتى:

١ - نتائج حساب دلالة الفروق بين التطبيقين (قيمة ت) سيبينها الجدول التالي:

جدول رقم (١٨)

يوضح دلالة الفروق بين التطبيقين (ت)

المقياس	النسخة العربية			النسخة العامية			ت	دلالتها
	م١	ع١	ن١	م٢	ع٢	ن٢		
توهم المرض	٨ر٢٦	٤ر٩	٣٥	٨ر٤	٤ر٦١	٣٥	١٤٣ر	غير دالة

وقد استخدمت المعادلة التالية للحصول على قيمة ت :

$$\text{ت} = \frac{\text{م}^{1} - \text{م}^{2}}{\sqrt{\frac{\text{ع}_{1}^{2} + \text{ع}_{2}^{2}}{\text{ن} - 1}}}$$

حيث م_{1} = المتوسط الحسابى للمجموعة الاولى.

م_{2} = المتوسط الحسابى للمجموعة الثانية.

ع_{1} = الانحراف المعيارى للمجموعة الأولى.

ع_{2} = الانحراف المعيارى للمجموعة الثانية

ن = عدد أفراد العينة.

وكانت قيمة(ت)في الجدول السابق غير دالة عند المستويين ٠١ر، ٠٥ر مما يشير إلى عدم وجود فروق بين درجات الطلاب في المقياسين العامي والفصحى أي عدم وجود فروق بين المقياس باللغتين العامية والفصحى.

ثم قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بطريقة سبيرمان/ براون بين نتائج الاختبار بلغتيه العامية والفصحى وكانت نتائج معامل الارتباط كما يوضحها الجدول التالى رقم (١٩):

جدول رقم (١٩) يوضح قيمة معامل الارتباط

بين نسختى الاختبار(توهم المرض) العامية والفصحى

ن	مجـ س	مجـ ص	مجـ س²	مجـ ص²	مجـ س)²	مجـ ص)²	مجـ س ص	مجـ س مجـ ص	ت	دلالتها
٣٥	٢٨٤	٢٨٩	٣٣٣٠	٣٢٠١	٨٠٦٥٦	٨٣٥٢١	٣٢٤٧	٨٢٠٧٦	٩٨ر	دالة .

وقد استخدمت المعادلة التالية لحساب معامل الارتباط القيم الخام.

$$ر = \frac{ن\ مجـ\ س\ ص - مجـ\ س\ مجـ\ ص}{\sqrt{[ن\ مجـ\ س^2 - (مجـ\ س)^2]\ [ن\ مجـ\ ص^2 - (مجـ\ ص)^2]}}$$

حيث ر = معامل الارتباط

مجـ س = مجموع درجات الاختبار بالنسخة العامية

مجـ ص = مجموع درجات الاختبار بالنسخة الفصحى

$س^2$ = تربيع درجات النسخة العامية

$ص^2$ = تربيع درجات النسخة الفصحى

$(س)^2$ = مربع مجموع درجات الاختبار بالنسخة العامية (س)

$(ص)^2$ = مربع مجموع درجات الاختبار الثانى بالنسخة الفصحى (ص)

س ص = مجموع حاصل ضرب الدرجات المتقابلة فى الاختبارين

مج س × مجـ ص = حاصل ضرب مجموع درجات الأختبار الأول س× مجموع درجات الاختبار الثانى ص

وكانت نسبة ر : دالة ومعامل الارتباط مرتفع.

(ب) مقياس الاكتئاب :

وبعد تطبيق هذا المقياس بنسختيه العامية والفصحى علي نفس المجموعة من طلاب الفرقة الرابعة قسم علم النفس وقوامها خمسة وثلاثون طالباً تم تصحيح المقياس وحساب قيمة (ت) بين الاختبارين وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي رقم (٢٠) :

جدول رقم (٢٠) يوضح دلالة الفروق بين الاختبارين (ت)

المقياس	النسخة العربية			النسخة العامية			ت	دلالتها
	م١	ع١	ن	م٢	ع٢	ن		
الاكتئاب	١٧ر٢٢	٥ر٧١	٣٥	١٧ر١٤	٦ر١٩	٣٥	ر٤٤١	غير دالة

وكانت قيمة (ت) غير دالة عند مستوى دلالة ١٠ر ولا ٥٠ر مما يدل على عدم وجود فروق بين النسختين العامية والفصحى،وقد قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط للقيم الخام للاختبار بنسختيه وكانت النتائج كما يوضح الجدول التالى رقم (٢١):

جدول رقم (٢١) يوضح معامل الارتباط بين نسختى الاختبار

ن	مجـ س	مجـ ص	س٢	ص٢	س)٢	ص)٢	س ص	مجـ س مجـ ص	ر	دلالتها
٣٥	٦٠٠	٦٠٢	١١٥٧٨	١١٤٠٣	٣٦٠٠٠٠	٣٦٣٦٠٩	١١٣٤٠	٣٦١٨٠٠	ر٨٨١	دالة

(جـ) مقياس الهستيريا :

وبحساب قيمة (ت) بين نسختي اختبار الهستيريا كانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٢٢) :

جدول رقم (٢٢) يوضح دلالة الفروق بين نسختى الاختبار (ت)

المقياس	النسخة العامية			النسخة العربية			ت	دلالتها
	م٢	ع٢	ن	م١	ع١	ن		
هستيريا	١٤ر٥٧	٤ر٦٤	٣٥	١٥ر٧١	٥ر٢٩	٣٥	ر١٣٧	غير دالة

وكانت قيمة (ت) غير دالة عند مستويين الدلالة ١٠ر ، ٥٠ر.

وكانت نتائج حساب معامل الارتباط للقيم الخام، كما يوضحها الجدول الآتى رقم (٢٣):

جدول رقم (٢٣) يوضح قيمة معامل الارتباط بين نسختي الاختبار

ن	مج س	ص	س٢	ص٢	(س)٢	(ص)٢	س ص	مج س مج ص	ر	دلالتها
٣٥	٥٥٠	٥١٠	٩٦١٨	٨١١٢	٣٠٢٥٠٠	٢٦٠١٠٠	٨٦٤١	٢٨٠٥٠٠	٧٨٤ر	دالة

وكان معامل الارتباط عال ومرتفع.

(د) مقياس الانحراف السيكوباتى :

وكانت نتائج حساب قيمة(ت)بين نسختى الاختبار العامية والفصحى كما يوضحها الجدول التالى رقم (٢٤) :

جدول رقم (٢٤) يوضح دلالة الفروق بين نسختى الاختبار العامية والفصحى

	النسخة العامية			النسخة الفصحى			ت	دلالتها
	م١	ع١	ن	م٢	ع٢	ن		
انحراف سيكوباتى	٤ر٩	٤ر٢٦	٣٥	٤ر٨	٢ر٧٩	٣٥	١ر١٥	غير دالة

وكانت قيمة (ت) غير دالة عند مستويين الدلالة ١٠ر، ٠٥ر مما يشير إلى عدم وجود فروق جوهرية بين نسختى الاختبار العامية والفصحى.

وبحساب الصدق بطريقة معامل الارتباط كانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٢٥):

جدول رقم (٢٥) يوضح معامل الارتباط بطريقة سبيرمان/براون بين نسختي الاختبار العامية والفصحي

ن	مجـ س	ص	س٢	ص٢	س)٢	ص)٢	س ص	مجـ س مجـ ص	ر	دلالتها
٣٥	٣٢٩	٢٩٣	٣٧٢٨	٢٨٦٩	١٠٨٢٤١	٨٥٨٤٩	٣١٢٩	٩٦٣٩٧	٧٢٩ر	دالة

وكان معامل الارتباط دال ومرتفع وموجب .

ثانياً - الثبات :

وقد تم حساب معامل ثبات المقاييس الأربعة عن طريق التجزئة النصفية لأسئلة الاختبار زوجي وفردى وحسب معامل الثبات بطريقة رولون للتجزئة النصقية وكانت كالآتى:

$$رأأ = ١ - \frac{ع^{٢} ق}{ع^{٢}}$$

حيث يدل رأأ على معامل الثبات.

ويدل ع٢ق على تباين فروق درجات النصفين.

ويدل ع٢ على تباين درجات الاختبار.

وكانت $ع^{٢} ق = \frac{١}{ن^{٢}} [ن مجـ س^{٢} - (مجـ س)^{٢}]$

وكانت نتائج حساب الثبات للمقاييس الأربعة كما توضحها الجداول التالية :

(أ) توهم المرض :

وبحساب معامل الثبات لمقياس توهم المرض بطريقة التجزئة النصفية باستخدام معادلة رولون للتجزئة النصفية كانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٢٦):

جدول رقم (٢٦) يوضح معامل حساب الثبات لمقياس توهم المرض

ن	ن٢	ع٢ ق	ع٢	ر أ أ	ر ف ز	دلالتها
٣٥	١٢٢٥	٦,٩٤٢	٢٧,٣٢	٧٥ر	٨٦ر	دالة

وكان معامل الثبات رأأ = ٧٥ر وهو معامل ثبات مرتفع وموجب كما يوضحه قيمة جداول الدلالة حيث كانت رف ز = ٨٦ ر .

(ب) الاكتئاب :

وكان معامل الثبات لمقياس الاكتئاب عن طريق التجزئة النصفية باستخدام معادلة رولون للتجزئة النصفية كما يوضحه الجدول التالى رقم (٢٧) :

جدول رقم (٢٧) يوضح معامل ثبات مقياس الاكتئاب

باستخدام معادلة رولون للتجزئة النصفية

ن	ن٢	ع٢ ق	ع٢	ر أ أ	دلالته
٣٥	١٢٢٥	٤,٣٤	٣٧,٥	٨٨ر	٩٤ر

رف ز = ٩٤ر

(جـ) مقياس الهستيريا :

وكان معامل الثبات لمقياس الهستيريا باستخدام معادلة رولون للتجزئة النصفية كما يوضحه الجدول التالى رقم (٢٨):

جدول رقم (٢٨) يوضح قيمة معامل الثبات لمقياس الهستيريا

ن	ن٢	ع٢ ق	ع٢	ر أ أ	ر ف ز
٣٥	١٢٢٥	٩.ر١٠	٢٧,٣٠	٦٣ر	٧٧ر

وهو معامل ثبات مرتفع وموجب.

(د) مقياس الانحراف السيكوباتى :

وكان معامل الثبات لمقياس الانحراف السيكوباتى باستخدام معادلة رولون للتجزئة النصفية كما يوضحه الجدول التالى رقم (٢٩):

جدول رقم (٢٩) يوضح معامل الثبات لمقياس الانحراف السيكوباتى

ن	ن٢	ع٢ ق	ع٢	ر أ أ	ر ف ز
٣٥	١٢٢٥	٦,٣٧	١٦,٤٢	٦١ر	٦٩ر

وكانت معاملات الثبات للمقاييس الأربعة مرتفعة وموجبة وذلك كما أوضحتها جداول الدلالة (٣٦ : ٦٦).

■ **وصف المقاييس المستخدمة :** (ملحق رقم ٦، ٧).

١ - مقياس توهم المرض :

وهو مقياس لمقدار الاهتمام الزائد بالوظائف الجسمية والقلق الذى لا يستند إلى سبب على صحته، فيشكو الفرد غالباً من آلام واضطرابات يصعب تبينها ،ولا يوجد لها أساس عضوى واضح، ومن خصائص المتوهم للمرض أن يكون ناقص النضج فى معالجته لمشكلات الراشدين، ولا يستجيب لها بالاستبصار الكافى.

وتكاد الزملة المتضمنة فى هذا المقياس تكون شبيهة بالفئة التشخيصية القديمة من العصاب وهى النيوراستينيا.

والدرجة المرتفعة الصادقة على هذا المقياس تعبر - على الأقل - عن محاولة للاطمئنان. وفى الحالات الشديدة للتنفيس عن التوهم المتصل بالمرض الجسدى. والأنماط الممثلة لتوهم المرض تكون أحياناً جانباً بارزاً من الفصام. وغالباً تكون شائعة فى الانقباض أيضاً، وعادة تنخفض الدرجة على مقياس توهم المرض دون محاولة علاجية معينة إذا اختفى الانقباض.ولكن أحياناً يكون توهم المرض هو المصدر الأساسى للانقباض، وبذلك تنعكس العملية الدينامية، أي أن خوف المريض على صحته الجسمية قد يكون مصدر الانقباض. وبينما نجد المرضى الذين يعانون فعلاً من مرض جسمي يسهل إثباته والتيقن من وجوده يحصلون عادة علي درجة عالية فى مقياس الهستيريا، بسبب شكواهم النفسية من المرض، وقد وجد أن الأشخاص من ذوي الدرجات المرتفعة على المقياس (هـ س، الهستريا) يوصفون ممن يعرفون بتعدد الاهتمامات وبالاقبال على الناس وبالعطف والنظام والاعتراف بالجميل. ويختلف توهم المرض عن الهستيري فى أن متوهم المرض، يكون غالباً أكثر غموضاً من الهستيري فى وصف شكواه، كما أنه لا يظهر دليلاً واضحاً على أنه يستعين بالأعراض على الخروج من مأزق أو موقف غير مقبول كما يفعل الهستيري. ومتوهم المرض يكون له غالباً تاريخ طويل من المبالغة فى شكواه الجسمية.

وقد تتحسن الدرجة المرتفعة على هذا المقياس غالباً نتيجة للعلاج السيكولوچى إلا أن النمط الأساسى للشخصية لا يحتمل أن يتغير تغيرا كبيراً والمرض العضوى المعتاد لا يرفع درجة الشخص ارتفاعاً كبيراً لأن المقياس يكشف عن الفروق بين المريض عضوياً وبين متوهم المرض.

٢ - مقياس الاكتئاب :

يرتبط هذا المقياس بالزملات الانقباضية المختلفة، وقد استخرج هذا

المقياس اساساً من اسحا .. مرضى لا مبصس والدين يعاسون مس حالات الجنون الدورى والد حه المرتفعه على المقياس بدل على انخفاض فى الروح المعنويه مع الشعور بالباس والعجز عن النظر إلى المستقبل نظره عادية متفائلة، وقد يكون الانقباض هو العجز الرئيسى عند المفحوص أو قد يكون مصاحباً أو نتيجة لاضطرابات أخرى فى الشخصية.وفى حالات معينة قد يغيب الانقباض عن الملاحظة العارضة، وهو ما يسمى (بالانقباض الباسم) وفيه ترتفع الدرجة على المقياس رغم أن المريض قد ينكر وجود الأنقباض اذا سئل سؤالاً مباشراً. ويتكشف الانقباض فى مثل هذه الحالات عن طريق نظرة الشخص إلى المستقبل وغالباً ما يصر مثل هؤلاء الأشخاص على أن اتجاهاتهم وحدها الاتجاهات الواقعية،حيث أن الموت محتوم، والزمن ينقضى والدرجة المرتفعة على المقياس لها دلالة أخرى مميزة للشخصية، لأن الشخص الذى يستجيب استجابة انقباضية للشدائد يتميز بنقص فى الثقة بالنفس، ونزعة الى القلق وضيق فى الاهتمامات وانطواء، ويرى البعض أن الانتحار يكون أمراً مرجحاً، إذا كانت الدرجة على المقياس مرتفعة نوعاً ما ولكن المريض لا يسلك سلوك المنقبض.

وبعض الأشخاص ممن يحصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس يستجيبون بسرعة للتحسين فى بيئاتهم أو للكلام الدارج، أو للعلاج النفسى، إلا أن مثل هؤلاء الأشخاص يحتمل غالباً أن يظلوا عرضة للانقباض. أما العدد الأكبر من الأفراد ، فإنه لا يستجيب استجابة سريعة للعلاج، ولكن درجاتهم تتجه ببطء مع الزمن نحو السواء. وقد وجد أن أهم الصفات التى نسبت إلى من حصلوا على درجات مرتفعة على هذا المقياس هى القلق. الصراحة. التواضع، الكرم، الحساسية، شدة العاطفة، تقدير الجمال، أما الذين حصلوا على درجات منخفضة، فقد وصفوا بالمرح أو التكيف، والثقة بالنفس، التعاون، والسلوك غير المتكلف.

٣ - مقياس الهستيريا (هـ ى) :

يقيس مقياس الهستيريا درجة تشابه المفحوص بالمرضى اللذين تظهر عليهم أعراض الهستيريا التحولية.وقد تأخذ هذه الأعراض صورة شكاوى عامة منتظمة أو شكاوى أكثر تحديداً وتخصيصاً مثل الشلل،التقلصات، الاضطرابات المعوية أو الأعراض القلبية، والأفراد الذين يحصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس معرضون أيضاً -على وجه الخصوص- لنوبات مفاجئة من الضعف والاغماء، أو حتى ما يشبه نوبات الصرع.

وقد لا تظهر مطلقاً أعراض واضحة محدودة علي شخص يحصل على درجة مرتفعة فى المقياس، ولكنه فى وقت الشدة يحتمل أن تظهر عليه الأعراض الهستيرية بوضوح. وأن يلجأ إلى حل المشكلات التي تواجهه عن طريق هذه الأعراض. وقد وجد أن هذا المقياس يعجز عن تمييز عدد صغير جداً من حالات الهستيريا التحولية غير المعقدة، والتى قد تكون واضحة جداً اكلينيكياً. ورغم أن التخلص من الأعراض الهستيرية، يكون أيضاً بصورة تقرب من أن تكون معجزة، إلا أن احتمال عودتها إلى الظهور يظل قائماً إذا استمرت أو إذا عادت الشدائد مرة أحرى. وقد وجد أن الأشخاص الذين يحصلون على درجات مرتفعة على مقياس الهستيريا ، يوصفون عادة بالصراحة، وكثرة الكلام، والتحمس، والميل للمجتمعات، والمخاطرة، والود والقلق. أما الأشخاص الذين يحصلون على درجات منخفضة على المقياس فإنهم يوصفون عادة بالتواضع لدرجة ملحوظة، وبالاهتمامات المحدودة.

٤ - مقياس الانحراف السيكوباتى (ب د) :

يقيس هذا المقياس درجة تشابه المفحوص بجماعة السيكوباتيين اللذين تتمثل صعوبتهم الرئيسية فى نقص الاستجابة الانفعالية العميقة، وفى عدم القدرة على الافادة من الخبرة، وعدم المبالاة بالمعايير الأجتماعية ورغم أنهم يكونون أحياناً خطرين على أنفسهم أو على الآخرين، إلا أنهم

يكونون عادة أذكيـاء ومحبوبين. وهم بغير مقيـاس موضوعـى مثـل هـذا المقياس قد يظلون أحياناً لمدة طويلـة دون اكتشاف أمرهـم إلا حين يقعـون فى مشكلات خطيرة. وقد يسلكون مسلك الأسوياء سنين عديـدة بين كـل أزمة وأخرى. وتنحصر أخطر أوجه انحرافهم عن المعايير الاجتماعيـة فـى الكذب، والسرقة، إدمان الخمور والمخدرات والشذوذ الجنسى. وقد تمر بهم فترات من الهيـاج السيكوباتـى الحقيقـى، أو الانقبـاض بعـد اكتشاف شذوذهم. ولكنهم يختلفون عن بعض فئات المجرمين فى عدم قدرتهم على الافادة من الخبرة، وفيما يبدو من أنهم يرتكبون أفعالهـم مـن غير تفكير فى كسب محتمل لأنفسهم أو دون تجنب اكتشاف أمرهم.

ولا يجدى أي علاج-على وجه الخصوص-فى تحسين حالات الأشخاص ذوى الدرجات المرتفعة على هذا المقياس. وقد يبذل الاكلينيكى مجهوداً ضخماً ويهتم اهتماماً عميقاً بالمريض، ولكنه يفشل فى أن يتلقى مقابل ذلك أكثر من مجرد ولاء سطحى عابر.

ويبدو المنحرف السيكوباتى للملاحظ أنه ينشد خبرات خطرة فى محاولة منه للاحساس بمشاعر انفعالية مثل تلك التى يحسهـا الشخص العـادى. وقد ينتحر أو يشرع فى الانتحار، إلا أن مصـدر ذلك الفـراغ الانفعالـى أكثر من أن يكون انقباضاً عنيفـاً أو اعترافـاً بالفشـل. وبينمـا يستطيع الفرد أن يعبر لفظياً عـن عواقب سلوكـه إلا أنـه يفشل غالباً فـى تقدير دلالة هذا السلوك فى إطار التوافق الاجتماعى على المدى الطويل.

وإذا ما وجد الانقباض، فإنه يعبر عـادة عن خوف من العقاب العاجل، وفقدان الحرية أكثر مما يكون شعوراً بالذنب أو الأسف أو ما شابه ذلك، وتشيع غالباً النزعة إلى لوم الآخرين أو التماس الأعذار لما أرتكبوا من أعمال وهم يدعون أن الآخرين قد ضللوهم عن الطريق السوي، واستغلوا براءتهم وأن تأنيب الأسرة لهم كان من القسوة لدرجة اضطرتهم للثورة،

ِالفرد في مجموعة الانحراف السيكوباتي نظراً لثقته الفائقة في قدراته، فإنه يحس بأنه مضطهد من المجتمع حين يعاقب على سلوكه.

وإذا كانت الدرجة على مقياس الانحراف السيكوباتي مرتفعة ارتفاعاً كبيراً عن بقية المقاييس،وكان المفحوص صغير السن نسبياً،فإن الاحتمال قليل في أن يستطيع تجنب الاصطدام بالقانون، إذا لم يخضع لرقابة صارمة. وفي التعامل مع المنحرف سيكوباتياً يجب عدم الضغط على صغار السن لتحقيق مستويات مرتفعة من التحصيل المدرسي أو النجاح المهني حتى إذا كانت قدراتهم تسمح بذلك، ولعل وضع الحالات الخطيرة في المؤسسات ليس أكثر من وسيلة لوقاية المجتمع ووقايتهم. وقد نجد بعض الناس من ذوي المهن الراقية يحصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس . الا أن أزماتهم - إذا وجدت - يتجاهلها الآخرون أو تخفى بعناية. وقد وصف الأشخاص ذوي الدرجات المرتفعة على هذا المقياس بالاقبال على المجتمع، والصراحة،وكثرة الكلام،والمخاطرة، وحب الكحول، والفردية.

بينما وصف الأشخاص ذوي الدرجات المنخفضة بأنهم حادون عاطفيون، يراعون التقليد، متزنون، ذو اهتمامات محدودة.[١]

٣ - اختبار الذكاء المصور : (ملحق رقم ١)

■ تعريف الاختبار :

هذا الاختبار من النوع غير اللفظي الجمعي، فهو غير لفظي لأنه لا يعتمد على اللغة الا كوسيلة في شرح تعليمات الاختبار، والمقصود منه للأفراد اللذين يطبق عليهم الاختبار.

---

(١) لويس كامل مليكة، محمد عماد الدين إسماعيل، عطية محمود هنا، ١٩٧٤ : تعليمات اختبار الشخصية المتعدد الأوجه، القاهرة، النهضة المصرية.

أما أداء الأفراد في الاختبـ ســه فلا يخضـع لأي عامـل لغـوي أو مهارة في اللغة،لأن هذه العلاقه أصلا علاقه تشابه أو اختلاف بين وحدات الاختبار. حيث أن أسئلة الاختبـ عن صور يطلب من المفحوص ان يدرك العلاقة بينهما

والاختبار جمعي لأنه يمكن تطبيقه علـى عـدد مـن الأفـراد أو جماعـة منهم في وقت واحد بواسطة فاحص واحد.

والفكرة الرئيسية التي يقوم عليها بناء الاختبار هي فكرة التصنيف، أي ينظر الفرد إلـى الأشكـال الخمس الموجـودة في شكل سطر، ثم يحـدد علاقة التشابه بينهـا، وينتقـى أحـد الأشكـال من حيث أنه المختلف عـن الأشكال الأربـع الأخـرى، وقد روعـي فـي تصميم الاختبار خلـوه من أي عنصر لا ينتمي إلى البيئة المصرية.

الهدف من الاختبار :

■ يهدف هذا الاختبار إلى تقدير القدرة العقلية العامة لدى الأفراد في الأعمار من سن الثامنة إلى السابعة عشـر ومـا بعدهـا – ويعتمد أصـلاً على إدراك العلاقة بين مجموعة من الأشكال وانتقاء الشكل المختلف من بين وحدات المجموعة، وقد ثبت في الميادين المختلفة التي استعمـل فيهـا الاختبار أنه مفيد جداً في حالات التشخيص الأولـى. وتتضاعـف فائـدة هذا الاختبار حيث تتوافر فيه الشروط التالية:

■ من حيث أنه اختبار غير لفظي لايعتمد على اللغة في الاجابة عليه وبالتالي يمكن تطبيقه دون اعتبار للمستوى الثقافي للأفراد.

■ أنه يمتد في مرحله زمنية كبيرة إذ يصلح للتطبيـق إبتداء من سـن الثامنة إلى ما بعدها – ومن المعروف علمياً أن الاختبارات الجمعية لا تكون مقاييس صالحة قبل سن الثامنة.

طريقة التصحيح واستخراج المعايير :

مفهوم السنة الزمنية فى هذا الاختبار هو السنة الزمنية العادية، بمعنى أن طفل الثامنة من كان عمره ثمان سنوات أو أقل من تسع سنوات، أي أن السنة الزمنية تمتد من أول السنة إلى نهايتها.

والطريقة التى تستخرج بها نسبة ذكاء الفرد أو درجته المئوية كما يلى:

١ - يصحح الاختبار وفق المفتاح الخاص به.

٢ - يحسب الصواب بدرجة ولا يحسب الخطأ أو المتروك.

٣ - تجمع الاجابات الصحيحة.

٤ - يحدد العمر الزمني للفرد.

٥ -يبحث عن الدرجة الخام التى نالها الفرد فى العمود المناسب لعمره الزمنى ونضع حولها دائرة.

٦ - نقرأ المقابل المئوى أو نسبة الذكاء.

٧ - بيان المعايير عبارة عن جدول مقسم إلى خانات يمثل الأعمار الزمنية من ٨:١٧ سنة ويتضمن كل عمود توزيعاً خاصاً للدرجات،ويوجد على اليمين خارج الجدول العام أرقام تدل على المئويات، أي ترتيب الفرد المئوى بين أفراد العينة المتفقة معه فى العمر الزمنى فى هذا الاختبار، ويوجد على يسار الجدول أرقام تدل على نسبة الذكاء المقابلة.

■ ويلاحظ وجود ثلاث خطوط متقطعة الأول عند المئوى الخامس والعشرين، ويمثل حدود الفئة الدنيا فى جميع الأعمار، والثانى عند المئوى الخمسين ويمثل حدود الفئة الأقل من المتوسط، والثالث عند المئوى الخامس والسبعين ويمثل حدود الفئة فوق المتوسط، كما أن الدرجات التى تقع فوق هذا الخط تمثل أصحاب المستويات الممتازة فى هذا الاختبار.

■ ولاستخراج الدرجة المئوية أو نسبة الذكاء المقابلة للدرجة الخام التى

نالها الفرد فى الاختبار، نحدد العمر الزمنى للفرد ثم ندخل العمود المخصص لهذا العمر ونبحث عن الدرجة التى نالها الفرد ثم نضع حولها دائرة ونرسم خطاً أفقياً بالمسطرة، ونقرأ الدرجة الواقعة على اليمين فتكون الدرجة المئوية، أو على اليسار وتكون نسبة الذكاء.

تقنين الاختبار :

بدأ البحث فى هذا الاختبار لقياس صلاحيته للتطبيق فيما بعد المرحلة الأولى من التعليم من سن ١٣-١٧ سنة، وقد دلت الأبحاث التى أجريت فى البيئة المصرية على أن النمو العقلى يكاد يقف فى هذا الاختبار عند سن السابعة عشر، لذلك أتجه البحث الى قياس مدى صلاحية الاختبار للتطبيق على سن مبكرة عن ذلك.

الثبات :

حسبت معاملات ثبات هذا الاختبار فى كثير من الأبحاث التى استعمل فيها، عن طريق التجزئة النصفية أو عن طريق تحليل التباين، وتراوحت معاملات الثبات بين ٧٥ر وهى أقل قيمة، ٨٥ر وهى أعلى قيمة وهذه الأرقام تدل على معامل ثبات يمكن الوثوق به علميا.

صدق الاختبار :

وقد حسب صدق هذا الاختبار عن طريق ارتباطه بالعديد من الاختبارات الأخرى مثل اختبارات معانى الكلمات،وإدراك المعانى،والتفكير،والقدرة العقلية العامة، والمعالجة الذهانية، وكذلك حسب الصدق العاملى فى دراستين الأولى لميسيل يونان والثانية لأمينة كاظم، وقد كان معامل الصدق ٦١٠ر.

المعايير :

لهذا الاختبار معياران :

الأول: المعيار المئوى.

والثانى:هو معيار نسبة الذكاء وكلاهما نوع من الموازين المطلقة التى ترد اليها الدرجات الخام.

القيمة العملية لاختبار الذكاء المصور :

■ يعتبر اختبار الذكاء المصور من أدق الاختبارات غير اللفظية من حيث قدرته على إعطاء الصورة الأولية عن المستوى العقلى العام للفرد، وخاصة أن تقنين الاختبار أعطى فترة زمنية كبيرة نسبياً يصلح الاختبار لتطبيقه فيها.

■ كذلك فإن الاختبار قد أثبت صلاحية كبرى فى تقدير المستوى العقلى للأفراد الكبار فوق عشرين عاماً إلى ستين عاماً،بغض النظر عن مقدرة هؤلاء الأفراد فى القراءة والكتابة أو أميتهم سواء كانوا رجالا أم نساءاً.

■ كذلك نجح الاختبار فى تشخيص حالات التخلف العقلى كما ثبت ذلك من الممارسة العملية فى فصول المتخلفين من نتائج تطبيق الاختبار فى السنوات الأولى من المرحلة الابتدائية، كذلك أعطى برهاناً فى التفرقة بين المتخلفين عقلياً.

■ وبالاضافة الى ذلك سهولة استعمال الاختبار فى مجال الدراسات السلوكية والنفسية والتربوية المختلفة.[1]

٤ - استبيان مستوى الطموح : (ملحق رقم ٨)

عرف مستوى الطموح فى هذا الاستبيان بإنه «سمة ثابتة نسبياً تفرق بين الأفراد فى الوصول إلى مستوى معين يتفق والتكوين النفسى للفرد وإطاره المرجعى ويتحدد حسب خبرات النجاح والفشل التى مر بها».

---

(١) أحمد زكي صالح، ١٩٧٤ . كراسة تعليمات اختبار الذكاء المصور، القاهرة، المطبعة العالمية ص ص ١ - ١٠.

وصف الاستبيان :

يحتوى الاستبيان على ٧٩ سؤالاً تتدرج تحت سبع سمات رئيسية كل منها وضع له عشرة أسئلة ماعدا السمة (الميل إلى الكفاح) لاعتبارات احصائية، وضع لها ٩ أسئلة، ثم وضعت عشرة أسئلة خاصة بالمراجعة وزعت بين باقى أسئلة الاستبيان، وفيما يلى بنود الاستبيان :

١ - النظرة إلى الحياة (وقد رمز لها بالرمز ن).

٢ - الاتجاه نحو التفوق (وقد رمز لها بالرمز ت).

٣ - تحديد الأهداف والخطة (رمز لها بالرمز هـ) .

٤ - الميل إلى الكفاح (ك).

٥ - تحمل المسئولية والاعتماد على النفس (س).

٦ - المثابرة (م).

٧ - الرضا بالوضع الحاضر، والإيمان بالحظ (ح).

وهذه السمات تكشف عن مستوى طموح الفرد فى ضوء ما جاء به من تجربة تأليف الاستبيان. أن الشخص الطموح يميل إلى الكفاح، نظرته إلى الحياة فيها تفاؤل، ولديه القدرة على تحمل المسئولية، مثابر، ميال للتفوق ويسير وفق خطة معينة.

ثبات الاستبيان وصدقه :

كانت معاملات الثبات٨ر والصدق٥٦ر فى التجربة الأساسية لتطبيقه على عينة أختيرت عشوائياً من طلبة وطالبات كلية الآداب، جامعة عين شمس والمعهد العالى للخدمة الاجتماعية.

طريقة تطبيق الاستبيان :

يمكن أن يستخدم بطريقة فردية فى جلسات خاصة أو بطريقة جماعية. .

تصحيح الاختبار :

تعطى درجة واحدة لكل إجابة صحيحة وفق مفتاح التصحيح الخاص بهذا الاستبيان[1].

٥ - اختبار القدرة على التفكير الابتكارى: (ملحق رقم ٢)

■ **تصميم الاختبار :**

ظهرت ثلاثة وسائل يستخدمها الباحثون فى التعرف على المبتكرين:

الأولى : وفيها يعتمد الباحث على مقاييس التقدير Rating Scales مسلماً بأن الانسان يستطيع أن يصدر حكمه على غيره بالنسبة إلى سمة معينة إذا ما أعطى تعريفاً لهذه السمة.

الثانية : وفيها يعتمد الباحث على الانتاج كوسيلة للتعرف على المبتكرين فالمبتكر هو من انتج انتاجاً اتفق المجتمع على إنه انتاج مبتكر.

الثالثة : وفيها يسلم الباحث بأن الابتكار عملية عقلية تتدخل فيها عوامل معينة، وأن هذه العوامل شائعة بين أفراد الجنس البشرى وأن اختلاف الأفراد فيها هو اختلاف فى الدرجة لا فى النوع،وأن هذه العوامل يمكن قياسها عن طريق مواجهة الفرد ببعض المواقف التى يستطيع أن يعبر عنها . والتي يستطيع فيها المختبر أن يلاحظ ذلك التعبير، وهنا يقوم المختبر بتحديد العوامل المقاسة ثم يصمم عدداً من المواقف مسلماً بأن هذا العدد يمثل المواقف المختلفة التى يعبر فيها عما يقاس تمثيلاً صادقاً.

وقد بنى هذا الاختبار على الوسيلة الثالثة للتعرف علي المبتكرين أو من عندهم استعداد للابتكار، والتفكير الابتكارى هو نوع من التفكير

---

(١) كاميليا عبد الفتاح، ١٩٧٥. كراسة تعليمات استبيان مستوي الطموح، القاهرة، النهضة العربية. ص ص ٣ - ٥

ينطلق فيه الفرد عبر ما أصطلحت وتعارفت عليه الجماعة التى يعيش فيها الى مجالات وأفكار جديدة منتجاً انتاجاً جديداً بالنسبة إليه أو بالنسبة إليها أو بالنسبة إليهما معاً.

وقد أتضح من الدراسات أن التفكير الابتكارى يعتمد على أنواع معينة من العوامل، منها عوامل الطلاقة، والمرونة والأصالة وهى العوامل التى يقيسها الاختبار.

تعريف العوامل المقاسة :

١ - **الطلاقة اللفظية** : وهى القدرة على سرعة ذكر أكبر عدد ممكن من الكلمات التى تتوافر فيها شروط معينة.

٢ - **الطلاقة الفكرية** : وهى القدرة على سرعة انتاج أكبر عدد ممكن من الأفكار التى تنتمى إلى نوع معين من الأفكار والتى تحددها بنود الاختبار.

٣ - **المرونة التلقائية** : وهى القدرة على سرعة انتاج أكبر عدد ممكن من أنواع مختلفة من الأفكار التى ترتبط بموقف معين يحدده الأختبار.

٤ - **الأصالة** : وهى القدرة على سرعة انتاج أكبر عدد ممكن من الاستجابات ذات الارتباطات الغير مباشرة(البعيدةRemote Association) بالموقف المثير.

ويتكون الاختبار من خمسة اختبارات وهى :

اسم الاختبار	ما يقيسه الاختبار
اختبار الطلاقة اللفظية (١)	الطلاقة اللفظية
اختبار الطلاقة اللفظية (٢)	الطلاقة اللفظية
اختبار الطلاقة الفكرية	الطلاقة الفكرية
اختبار الاستعمالات	المرونة التلقائية
اختبار المترتبات	الأصالة

وهذه الاختبارات من النوع المفتوح حيث تترك للممتحن الحرية فى كتابة الاجابات التى تعن له ويتفق هذا مع طبيعة العوامل المقاسة.

ثبات الاختبار :

استخرجت معاملات ثبات هذه الاختبارات بطريقتين:

١ - اعادة الاختبار،بعد مرور فترة ثلاثة أسابيع بالنسبة إلى اختبارى الطلاقة اللفظية.

٢ - استخدمت طريقة القسمة النصفية في حالة بقية الاختبارات ثم عدلت المعاملات المستخرجة باستخراج معادلة سبيرمان - براون.

جدول رقم (٣٠)

اسم الاختبار	الطريقة	معامل الثبات
اختبار الطلاقة اللفظية (١)	اعادة الاختبار	٦٢ر
اختبار الطلاقة اللفظية (٢)	اعادة الاختبار	٦٦ر
اختبار الطلاقة الفكرية	القسمة الى نصفين	٧٥ر
اختبار الاستعمالات	القسمة الى نصفين	٦٩ر
اختبار المترتبات	القسمة الى نصفين	٨٠ر

صدق الاختبارات :

اعتمد فى دراسة صدق هذه الاختبارات على طريقتين:

١ - الصدق المنطقي.

٢ - العلاقة بين اختبار القدرة على التفكير الابتكارى والتحصيل المدرسي، وذلك كما أوضحت الدراسات وكانت جميع معاملات الارتباط دالة احصائياً عند مستوى ١٠ر.

وصف الاختبارات :

هذه الاختبارات كغيرها من اختبارات التفكير المنطلق من النوع المفتوح، أى أن المختبر حر فى كتابة الاجابة التى يرغب فى كتابتها.

زمن الاختبارات :

كل اختبار من هذه الاختبارات مقسم إلى أجزاء، يجيب عن كل جزء منها في زمن محدد، وفيما يلى الأقسام والزمن المحدد لكل منها.[1]

جدول رقم (٣١)

اسم الاختبار	عدد الأجزاء	الزمن المحدد
الطلاقة اللفظية (١)	٣	٦ دقائق
الطلاقة اللفظية (٢)	٣	٦ دقائق
الطلاقة الفكرية	٤	٨ دقائق

اختبارات القدرة علي التفكير الابتكارى كما استخدمت في البحث :

تبين من الدراسة الاستطلاعية أن معظم مدمنى المخدرات الذي سيتناولهم البحث يعانون من الأمية ولا يجيدون القراءة والكتابة، وكذا أفراد المجموعة الضابطة.

ونتيجة لذلك اختير من اختبارات القدرة على التفكير الابتكارى، الاختبارات التى لا تحتاج إلى ثقافة لفظية أو قدرة لغوية عالية، فاستخدمت اختبارات الطلاقة الفكرية، المترتبات، والاستعمالات.

وقد طبقت هذه الاختبارات الثلاثة فى الدراسة الاستطلاعية على عينة

---

(١) عبد السلام عبد الغفار، ١٩٧٠، كراسة تعليمات قياس القدرة علي التفكير الابتكاري، القاهرة، النهضة المصرية.

قوامها خمسة أفراد من مدمنى المخدرات، وكانت تقوم الباحثة بقراءة بنود الاختبارات بنداً بنداً للمفحوص وتطلب منه الاجابة وتسجل الاجابة التى ذكرها ، مع حساب الزمن المستغرق، وكان المفحوصين قد استوعبوا جميع بنود الاختبارات فيما عدا بنداً واحداً من بنود اختبار المترتبات فكانت كلمة الجاذبية الأرضية التي لا يستطيع المفحوصين فهمها ،فكانت الباحثة تشرح لهم هذه الكلمة قبل بداية الاختبارات جميعها. ثم تبدأ بالتطبيق بعد ذلك.

وقد طبقت هذه الاختبارات الثلاثة على عينة قوامها عشرة أفراد جميعهم من طلاب قسم علم النفس وتم التطبيق بطريقتين. الطريقة الأولى، وفيها يقوم الطالب بقراءة بنود الاختبار بنفسه ويجيب عنها أيضاً مع حساب الزمن المستغرق أيضاً. وقد لوحظ أن اجابات المجموعة في مرتي التطبيق كانت متشابهة في عدد الاجابات الخاصة بكل بند من بنود الاختبارات(أي أن الفرد الذى أجاب على عشر نقاط فى الجزء الأول من اختبار الطلاقة الفكرية مثلاً بطريقة التطبيق الأولى، كان يجيب أيضاً على نفس العدد من الاجابات فى طريقة التطبيق الثانية). علماً بأن الوقت المستغرق كان واحد فى المرتين.

وللتأكد من عدم وجود فروق بين طريقتى التطبيق - وأن تطبيق الاختبارات على المفحوصين الأميين على أن تقوم الباحثة بكتابة الاجابات التى يذكرونها - تم حساب قيمة «ت» لطريقتى التطبيق على كل اختبار من الاختبارات المستخدمة وكانت نتيجة حساب قيمة «ت» بين مرتى التطبيق لاختبار الطلاقة الفكرية كما يوضحها جدول رقم (٣٢):

جدول رقم (٣٢) يوضح دلالة الفروق بين طريقتى التطبيق

على اختبار الطلاقة الفكرية «ت»

الاختبار	م١	ع١	ن١	م٢	ع٢	ن٢	ت	دلالتها
طلاقة فكرية	٢١	٣٩ر٤	١٠	٠٢ر٤	٦٣ر٤	١٠	٢٨ر	غير دالة

وكانت قيمة «ت» غير دالة عند مستويين الدلالة ٠١ر ، ٠٥ر.

وكذلك تم حساب قيمة «ت» لمرتي التطبيق على اختبار المترتبات وكانت النتائج كما يوضحها جدول رقم (٣٣)

جدول رقم (٣٣) يوضح دلالة الفروق

بين طريقتى التطبيق على اختبار المترتبات

الاختبار	م١	ع١	ن١	م٢	ع٢	ن٢	ت	دلالتها
مترتبات	٢ر٣	٢٢ر٣	١٠	٤ر١٢	٦٢ر٢	١٠	٤٢ر	غير دالة

وكانت قيمة «ت» غير دالة عند مستويين الدلالة ٠١ر، ٠٥ر.

وأيضاً لمعرفة دلالة الفروق بين طريقتى التطبيق على اختبار الاستعمالات كانت نتائج حساب قيمة «ت» كما يوضحها جدول رقم (٣٤).

جدول رقم (٣٤) يوضح دلالة الفروق

بين طريقتى التطبيق على اختبار الاستعمالات «ت»

الاختبار	م١	ع١	ن١	م٢	ع٢	ن٢	ت	دلالتها
استعمالات	٣ر١٠	٦ر١	١٠	٧ر٩	١ر٢	١٠	٦٢ر	غير دالة

ويتضح من جميع نتائج حساب دلالة الفروق بين طريقتى التطبيق بحساب قيمة «ت» أنه لا توجد فروق دالة بين الطريقتين لا من حيث الزمن المستغرق ولا طريقة التطبيق.

ثبات الاختبارات المستخدمة :

بعد عرض هذه الطريقة للتطبيق على مجموعة من الأساتذة المتخصصين فى علم النفس اقترحوا ضرورة حساب معامل الثبات لهذه الاختبارات المستخدمة نظراً لاختلاف عينة البحث الحالى ، عن عينة الثبات الأصلية فى الاختبارات.

وقد تم حساب الثبات للاختبارات الثلاثة (الطلاقة الفكرية - المترتبات - الاستعمالات) بطريقة التجزئة النصفية بحساب معادلة رولون المختصرة لحساب معاملات الثبات. وذلك بعد تطبيق الاختبارات الثلاثة على عينة قوامها ثلاثين طالباً من طلاب قسم علم النفس الفرقة الرابعة، وقد تم التطبيق بصورة فردية، حيث كانت الباحثة تقرأ بنود الاختبار بنداً بنداً وتسجل الاجابات الخاصة بكل جزء . وكانت معاملات الثبات كما توضحها الجداول التالية :

جدول رقم (٣٥) يوضح قيمة معامل الثبات

بطريقة رولون المختصرة لاختبار الطلاقة الفكرية

الاختبار	ع٢ ق	ع٢	ر أ أ	ر ف ز	دلالتها
طلاقة فكرية	٢٫٩٣	٩٢٫٦٦	٩٦٨ر	٩٨ر	دالة مرتفعة

وكان معامل ثبات هذا الاختبار مرتفع.

جدول رقم (٣٦) يوضح قيمة معامل الثبات

بطريقة رولون المختصرة لاختبار المترتبات

الاختبار	ع٢ ق	ع٢	ر أ أ	ر ف ز	دلالتها
المترتبات	٣٫١٧	٦٠٫٢٨١	٩٤٧ر	٩٧ر	دالة مرتفعة

جدول رقم (٣٧) يوضح معامل الثبات

بطريقة رولون المختصرة لاختبار الاستعمالات

الاختبار	ع٢ ق	ع٢	ر أ أ	ر ف ز	دلالتها
استعمالات	١٫٦١٦	١٦٫١٨٤	٩٠١ر	٩٥ر	دالة مرتفعة

وكما توضح جداول معامل الثبات السابقة فكانت جميعها مرتفعة، وقد اعتمد ت الباحثة في صدق الاختبار، على الصدق المنطقى الذى أورده واضع الاختبار حيث أنها لم تتعرض لبنود الاختبار بالتعديل ولم تغير من أسلوبه فى شئ.

استمارة المستوى الاجتماعى الاقتصادى (ملحق رقم ٣)

أسفرت الدراسة الاستطلاعية عن عدم جدوى أدوات قياس المستوى الاجتماعى الاقتصادى الموجودة حالياً للتطبيق على عينة البحث من عدة نواحي:

- أن معظم الأدوات التى تقيس المستوى الاجتماعى الاقتصادى للفرد من حيث أسرته، ولا تركز على الفرد نفسه، ولما كان معظم أفراد عينة البحث الحالى مستقلين عن أسرهم اجتماعياً واقتصادياً لذا كان من الضروري تصميم استمارة تغطى هذا الجانب.

- أن فئات الدخل فى الاستمارات التى تقيس المستوى الاجتماعى الاقتصادى لا تعكس الدخل الحقيقى لمعظم الطبقات الآن ، وخاصة بعد سياسة الانفتاح الاقتصادى وما سببته من خلل فى التركيب الاجتماعى للمجتمع المصري، حيث لم تعد المهن ذات المستوى العلمي والمؤهلات الأكاديمية هي التى تدر الدخل المرتفع ، بل أصبحت المهن الحرفية هى التى تدر الدخل الوفير ، وأصبح من يتربع على قمة المستوى الاجتماعى يختلف عن المتربع على قمة المستوي الاقتصادي - لذلك كان ضروري تصميم استمارة تختلف فئات دخلها ، فئات الدخل الموجودة فى الاستمارات السابقة وتلائم بعض الشئ جميع الطبقات.

تعريف المستوى الاجتماعي الاقتصادى :

المستوى الاجتماعى الاقتصادى يعد متغير بالغ الأهمية قي مجال البحوث النفسية والاجتماعية، نظراً لما يقترن به أو يصاحبه ويترتب عليه من أنماط سلوكية يتمثلها الفرد، وتحدد بدورها تفكيره، وتوجه استجاباته تفاعلاً وتكيفاً مع ما يتعرض له أو يعايشه فى حياته اليومية وحياة مجتمعه من أحداث وتطورات. ويؤكد الكثير من الباحثين فى علم النفس الاجتماعي مثل «جولدن» Golden (١٩٦٩) إلى أهمية التفاعل الذى يحدث بين الفرد ، وما يحيط به من أفراد وجماعات وأن سلوك الفرد عبارة عن محصلة لمجموعة القوى والعوامل المتفاعلة، وأن بعض هذه العوامل يرتبط بالتكوين النفسى للفرد، وبعضها يرتبط بالبيئة التى يعيش فيها الفرد[1].

ويختلف وضع الفرد الاجتماعى باختلاف الطبقة التى ينتمى إليها وتؤثر هذه الطبقة فى نمو شخصيته وسلوكه تأثيراً بالغ الخطورة، ويميل معظم علماء الاجتماع المعاصرين إلى تعريف الطبقة الاجتماعية على أساس «المكانة» ومع أن كلاً من مفهوم الطبقة والمكانة متميزان إلا أنه كثيراً ما يحدث نوعاً من التداخل والادماج بينهما. والطبقة الاجتماعية كما يعرفها «چينزبزج» Ginsberg (١٩٥٩) هى جماعات من الأفراد أصبح لديهم من خلال الاشتراك والتشابه فى المهنة والثروة والتعليم - طابعاً متشابهاً فى الحياة، والتفكير والمشاعر ، والاتجاهات وأشكال السلوك، وهم ينظرون إلى أنفسهم على أنهم ينتمون إلى جماعة واحدة

---

(1) Goldin D.A., 1969, Review of Children. Report of Parental Behaviour Psychology, London: Heinemann. P 223.

تشترك فى كل أو بعض الجوانب[1] أما المكانة الاجتماعية كما يعرفها «سبروت» Sprotte (١٩٦٣) فهى الوضع الذى يشغله الفرد ، ومقدار الحقوق والواجبات التي يتمتع بها، وهي بذلك تستخدم كمفهوم عام يتضمن ترتيب جماعات الناس علي أساس قابل للمقارنة تشير إلي المسافة الاجتماعية والهيبة، وإلي مقدار الحقوق والواجبات، أما مؤشرات المكانة الاجتماعية التى تحدد المستوي الاجتماعى الاقتصادى فيدخل فى تحديدها كل من :

- الفلسفة العامة التى يوضع فى إطارها كل من مفهوم المكانة الاجتماعية والطبقة الاجتماعية[2] .

- الظروف الموضوعية النوعية الخاصة بالمجتمع موضع الدراسة وهناك الكثير من العلماء اللذين سعوا إلى تعريف المستوى الاجتماعى الاقتصادى تعريفاً نظرياً وإجرائياً.

حيث عرف أسعد رزق المستوى الاجتماعى الاقتصادي بأنه المستوى الذى يشير إلى الموقع الذى يحتله الفرد فى مراتب النفوذ الاجتماعى أو فى مقومات الوجاهة الاجتماعية، ويدل المستوى الاجتماعى الاقتصادى على الموقع الطبقى للفرد أو المرتبة التى يحتلها فى التوزيع الطبقى داخل المجتمع[3] .

---

(1) Ginsberg, M., 1972, "Class Conaciovsness", In: David L. Sills (ed), International Encyclopdia of the Social Sciences, Vol (3 and 4) New York: The Free Press. P 538

(٢) عبد الحليم محمود السيد ، ١٩٨٠ ، الإسرة وإبداع الأبناء - دراسة نفسية اجتماعية لعامله الوالدين في علاقتهما بقدرات الإبداع لدى الأبناء - القاهرة: دار المعارف. ص ٢٧٢.

(٣) أسعد رزق، ١٩٧٧، موسوعة علم النفس. بيروت، المؤسسة العربية للدراسات والنشر. ص ٣٠٤.

ويرى عبد المنعم الحفنى أن المستوى الاجتماعى الاقتصادى هو المركز الاجتماعى الاقتصادى للفرد كما تحدده مهنته ودخله وتكاليف سكنه وأقاربه[1].

ويعرف تيرى وتوماس Terry & Thomas 79 المستوى الاجتماعى الاقتصادى بأنه «وضع الفرد فى أي مجموعة أو ثقافة أو مجتمع، ويحدد هذا الوضع بالثروة والوظيفة والتعليم والطبقة الاجتماعية»[2].

وقد وضع وارنز Warner 60 مقياساً لقياس متغير المستوى الاجتماعى الاقتصادى يعتمد على أربعة عوامل هى :

١ - مستوى مهنة الوالد.

٢ - مستوى دخل الأسرة.

٣ - مستوى المنزل.

٤ - مستوى المنطقة السكنية.

وقد صمم «وارنر» Warner مقاييساً متدرجة يشتمل كل مقياس منها على سبع نقاط لتحديد حظ الأسرة من كل عامل من هذه العوامل الأربعة، وكانت حصيلة هذه الدراسة هى تصنيف الدرجات الكلية التي تم الحصول عليها إلى خمس شرائح اجتماعية يعبر كل منها عن مستوي اجتماعى معين[3].

ويرى «ماكس فيبر» Max Weber أن المستوي الاجتماعى الاقتصادى

(١) عبد المنعم الحفني، ١٩٧٨، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. القاهرة، مكتبة مدبولي ص ٣١٥.

(2) Terry Pag G., and Thomas J. B., 1979, International Dictionary of Education, London; Billing and Sons (LTD). P 316.

(3) Warner, W.L., and Others, 1960, Social Class in America. New York: Herper and Row.

يتحدد من خلال :

- امتلاك الوسائل والمدعمات الاقتصادية.
- التسهيلات أوالمعايير الخارجية للمعيشة.
- التسهيلات الثقافية والترفيهية.
- امكانات العمل علي مستوي المجتمع المحلى[1].

وقد استخلص «هولانجسهيد » Hollingshead 58 من دراسته التى تناولت الوضع الاجتماعى لعينة من ٥٥ أسرة من اقليم نيوهافن New Haven الأمريكى عدة مؤشرات يمكن الوثوق بها فى قياس هذا المتغير وهى :

- مستوي الحى السكنى الذى تقيم فيه الأسرة.
- وظيفة الوالد ومستوى تعليمه.

وقد تم تقدير كل منهما فى ضؤ مقياس متدرج[2].

وقد اعتمد «محمد غالى» على مجموعة من الأبعاد التى اعتبرها ذات تأثير فى تحديد المستوى الاجتماعى الاقتصادى، وقد شملت هذه الأبعاد :

- مهنة الوالدين.
- اجمالى دخل الأسرة.
- مستوى الحي السكنى الذى تعيش فيه الأسرة.

---

(١) عبد الحليم محمود السيد، ١٩٨٠، الإسرة وإبداع الأبناء - دراسة نفسية اجتماعية لمعاملة الوالدين فى علاقتهما بقدرات الإبداع لدى الأبناء - القاهرة: دارالمعارف ص ٢٧٣.)

(2) Hollingshead A. B., and Redlish: F.Q., 1958: Social-Class and Mental Illness, A Community Study - New York: The Macmillan Company.

وذلك فى محاولة منه لتقدير المستوى الاجتماعى الاقتصادى فى صورة كمية[١].

وقد اعتمد محمد سامى هنا فى قياسه للمستوى الاجتماعى الاقتصادى على المتغيرات التالية:

- الدخل.
- عدد أفراد الأسرة.
- المسكن.
- استخدام الأجهزة والأدوات الحديثة.

وقد حدد محمد نسيم رأفت ثلاثة محكات لتحديد المستوى الاجتماعي الاقتصادى وهى :

- مستوى تعليم الوالدين.
- مستوى العمل الذى يقوم به الفرد.
- مستوى دخله[٢].

وكذلك حدد جميل منصور أبعاداً أربعة للمستوى الاجتماعى الاقتصادى للفرد هى :

- البعد المهنى للوالدين.
- البعد التعليمى للوالدين.
- البعد الاجتماعى للأسرة.

---

(١) محمد أحمد غالي، ١٩٦٤، دراسة مقارنة للجانحين والعصابيين من حيث تنظيم الشخصية - رسالة دكتوراه (غير منشورة) كلية التربية - جامعة عين شمس.

(٢) محمد نسيم رأفت وآخرون، ١٩٦٧، دراسة مقارنة عن شخصية المتفوقين والعاديين من طلبة وطالبات المدارس الثانوية العامة - المجلة الاجتماعية القومية - المجلد الرابع - العدد الثاني.

- البعد الاقتصادى للأسرة[1].

ويرى عبد السلام عبد الغفار وإبراهيم زكي قشقوش إن أهم المؤشرات التى تستخدم للدلالة على المستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة هى :

- وظيفة الوالدين
- المستوى التعليمى للوالدين.
- إجمالى دخل الأسرة.
- عدد أفراد الأسرة[2].

ويرى محمود منسى أن المستوى الاجتماعى الاقتصادى يتضمن الجوانب والأبعاد التالية:

- وظيفة الوالدين.
- مستوى تعليم الوالدين.
- دخل الأسرة.
- عدد الأخوة والأخوات .
- ظروف الأسرة السكنية[3].

ويتضح من الدراسات السابقة وجود تقارب أو اتفاق بينهم فى تحديد الأبعاد التى تقيس المستوى الاجتماعى الاقتصادى، وقد ساعدت هذه الدراسات الباحثة في تحديد بنود الاستمارة الحالية، وقد صممت هذه الاستمارة على التعريف الإجرائي الذى وضع فى البحث الحالى عن

---

(١) محمد جميل منصور، ١٩٧٣، دراسة تحليلية للقيم المرتبطة بالعمل لدى المراهقين المصريين - رسالة دكتوراه (غير منشورة) - كلية التربية - جامعة عين شمس.

(٢) عبد السلام عبد الغفار، إبراهيم قشقوش، ١٩٧٨، دليل تقدير الوضع الاجتماعية الاقتصادي للأسرة المصرية - مجلة التربية - المجلد الأول - العدد الأول.

(٣) محمود عبد الحليم منسي، ١٩٨٣، دليل استمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي، الإسكندرية: دار النشر الجامعي.

المستوى الاجتماعى الاقتصادى، وقد حدد بأنه المستوى الذي يقيس وضع الفرد من عدة أبعاد هى:

- درجة تعليم الفرد.
- وظيفة الفرد.
- درجة تعليم الوالدين.
- وظيفة الوالدين.
- الحالة السكنية للفرد أو أسرته.
- الدخل الاجمالي للفرد فى الشهر أو أسرته.
- عدد أفراد أسرة الفرد.

أولاً - تقنين الاستمارة :

بعد تحديد الأبعاد تم بعد ذلك تحديد المفردات فى ضؤ الأبعاد السابقة والتى يعتقد أنها تقيس المستوى الاجتماعى والاقتصادى للأفراد.

قامت الباحثة بعرض هذه الأبعاد ومفرداتها على مجموعة من المحكمين من اساتذة علم الاجتماع، الخدمة الاجتماعية، الأنثروبولوچيا، الادارة، التربية، علم النفس، الصحة النفسية.

كان عدد هؤلاء المحكمين ١٣ محكماً جميعهم من أعضاء هيئة التدريس بالجامعة (جامعة الإسكندرية، الأزهر، عين شمس)، وقامت بتعديل بعض المفردات لبنود معينة وفقاً لتعديلاتهم ولكن لم يتم تعديل بند بأكمله وهكذا كانت البنود كما اقترحتها الباحثة في بادئ الأمر.

ثانياً - تصحيح الاستمارة :

بعد تكوين الصورة النهائية للاستمارة قامت الباحثة مرة أخري بعرضها علي المحكمين لتقدير الدرجة المعطاة لكل سؤال، وكانت الباحثة

قد افترضت طريقة معينة عرضتها علي المحكمين وكانت الصورة النهائية لتعديلاتهم مفتاح التصحيح التالي:

أولاً : وظيفة الفرد. وتكونت من مقياس متدرج يشمل ٧ درجات :

الوظيفة	الدرجة
إدارية عليا	٧
إدارية تنفيذية	٦
إدارية مهنية	٥
إدارية متوسطة	٤
عمال مهرة	٣
مهن حرة	٢
حرفيين	١

وقد اعتمدت الباحثة علي تقسيمات الحكومة الواردة في شئون العاملين للوظائف المهنية مضاف إليها بند المهن الحرة.

٢ - مستوي تعليم الفرد وتشمل مقياس متدرج في ٧ درجات :

المستري التعليمي .	الدرجة
أمي	١
يقرأ ويكتب	٢
تعليم ابتدائي	٣
تعليم متوسط/عام/فني	٤
تعليم فوق المتوسط(ما بعد الثانوية العامة أو ما يعادلها)	٥
تعليم جامعي (عال)	٦
تعليم بعد الجامعي (درجة علمية أكاديمية)	٧

٣ - وظيفة الوالد :

الوظيفة	الدرجة
إدارية عليا	٧
إدارية تنفيذية	٦
إدارية مهنية	٥
إدارية متوسطة	٤
عمال مهرة	٣
مهن حرة	٢
حرفيون	١

٤ - وظيفة الوالدة :

الوظيفة	الدرجة
إدارية عليا	٣ر٥
إدارية تنفيذية	٣ر٠
إدارية فنية	٢ر٥
إدارية متوسطة	٢ر٠
عمال مهرة	١ر٥
مهن حرة	١ر٠
مهن حرفية	٠ر٥

٥ - درجة تعليم الوالد :

المستوى التعليمي	الدرجة
أمي	١
يقرأ ويكتب	٢
تعليم ابتدائي	٣
تعليم متوسط	٤
تعليم فوق المتوسط	٥
تعليم عال جامعي	٦
تعليم بعد الجامعي	٧

٦ - مستوي تعليم الوالدة :

المستوى التعليمي	الدرجة
أمية	ر٥
تقرأ وتكتب	١
تعليم ابتدائي	١ر٥
تعليم متوسط	٢
تعليم فوق المتوسط	٢ر٥
تعليم عال جامعي	٣
تعليم بعد الجامعي	٣ر٥

٧ - الحالة السكنية :

بيانات عن السكن:

(أ) نوع السكن :

السكن	الدرجة
ملك	٤
إيجار	٣
شقة مفروشة	٢
قاطن عند أقاربه	١

(ب) اسم الحي :

وهو مقياس متدرج من خمس فئات بخمس درجات حسب توزيعات المحافظة ووصفها للأحياء :

اسم الحي	الدرجة
حي راقى	٥
حي متوسط	٤
حي فوق المتوسط	٣
حي دون المتوسط	٢
حي فقير	١

وقد اكتفت الباحثة في الاستمارة بذكر اسم الحي، وكانت تقوم هي بحساب الدرجة حسب التصنيفات السابقة وجدول الأحياء الذى حصلت عليه من محافظة الإسكندرية.

(جـ) عدد حجرات المسكن :

الدرجة	عدد الحجرات
١	حجرة
٢	حجرتان
٣	ثلاث حجرات
٤	أربع حجرات
٥	خمس حجرات
٦	أكثر من ذلك

٨ - عدد أفراد الأسرة :

الدرجة	عدد الأفراد
٧	٢
٦	٣
٥	٤
٤	٥
٣	٦
٢	٧
١	أكثر من ذلك

٩ - إجمالي الدخل الشهري :

الدرجة	الدخل
٧	أكثر من ٥٠٠ جنيه
٦	من ٤٠٠ - ٥٠٠ جنيه
٥	من ٣٠٠ - ٤٠٠ جنيه
٤	من ٢٠٠ - ٣٠٠ جنيه
٣	من ١٠٠ - ٢٠٠ جنيه
٢	أقل من ١٠٠ - ٥٠ جنيه
١	أقل من ٥٠ جنيه

حساب صدق الاستمارة :

طبقت الاستمارة بعد تحديد بنودها ومفرداتها ووضع مفتاح التصحيح الخاص بكل بند،على عينة قوامها خمسمائة وخمسون (٥٥٠) فرداً من العاملين فى الشركات والمؤسسات الحكومية، المستشفيات، الجامعة، البنوك، المهن الحرة من جميع المستويات الوظيفية، ومن جميع الأحياء فى مدينة الإسكندرية، ثم بعد ذلك باستخدام مفتاح التصحيح الخاص بالاستمارةتم تقدير درجة كل استمارة،كما طبقت أيضاً استمارة المستوى الأجتماعى الاقتصادى إعداد عبد السلام عبد الغفار وزكي قشقوش.

تم حساب معامل الارتباط بين درجات الأفراد على استمارتين (استمارة الباحثةالحالية، واستمارة قشقوش) كما حسب أيضاً قيمة «ت» لدلالة الفروق بين الاستمارتين وكانت النتائج كما توضحها الجداول التالية:

جدول رقم (٣٨) يوضح قيمة «ت» دلالة الفروق

بين استمارتى المستوى الاجتماعى الاقتصادى

(استمارة الباحثة واستمارة قشقوش)

المقياس	م	ع	ن	ت	دلالتها
استمارة مستوى اجتماعى / اقتصادى للباحثة	٢٧ر٢٠	٠٥ر١٠	٥٥٠	٠٩١ر١	غير دالة
استمارة مستوى اجتماعى / اقتصادى لقشقوش	٠٩ر١٩	٠٧ر١٠	٥٥٠		

وكانت قيمة (ت) غير دالة عند مستويين الدلالة ٠١ ، ٠٥ر٠

وهذا يوضح عدم وجود فروق بين الاستمارتين لقياس المستوي الاجتماعى الاقتصادي، وكانت نتائج حساب معامل الارتباط بين الاستمارتين باستخدام معادلة سبيرمان/ براون كما يوضحها جدول رقم (٣٩).

جدول رقم (٣٩) يوضح قيمة معامل الارتباط بين الاستمارتين باستخدام معادلة معامل الارتباط للقيم الخام

ن	س	ص	س٢	ص٢	(س)٢	(ص)٢	س ص	س ص	ر
٥٥٠	٦٠٩	٤٢٠	١٤٨١٩	٨٥٠٠	٣٧٠٨٨١	١٧٦٤٠٠	٩٠٨٥	٢٥٥٧٨٠	٨٠١

ويتضح من الجدول السابق أن معامل الارتباط دال احصائياً وذو دلالة عالية.

معايير الاستمارة :

بعد عرض درجات بنود الاستمارة على المحكمين والموافقة على صورتها النهائية السابق عرضها، قامت الباحثة بناء على توجيهاتهم الى تقسيم المستوى الاجتماعي والاقتصادى الى مستويات كالآتى (تمثل إحدى عشر مستوى):

المستوي الأول الحاصلون على درجات من ٨ - ١٢

المستوى الثانى الحاصلون على درجات من ١٣ - ١٧

المستوى الثالث الحاصلون على درجات من ١٨ - ٢٢

المستوي الرابع الحاصلون على درجات من ١٩ - ٢٣

المستوي الخامس الحاصلون علي درجات من ٢٤ - ٢٨

المستوي السادس الحاصلون على درجات من ٢٩ - ٣٣

المستوي السابع الحاصلون على درجات من ٣٤ - ٣٨

المستوي الثامن الحاصلون على درجات من ٣٩ - ٤٣

المستوي التاسع الحاصلون على درجات من ٤٤ - ٤٨

المستوي العاشر الحاصلون على درجات من ٤٩ - ٥٣

المستوي الحادى عشر الحاصلون علي درجات من ٥٤ درجة فأكثر.

ويمثل المستوي الأول أدنى مستوي اجتماعى اقتصادى ، ثم يأخذ فى الارتفاع حتى يصل إلى المستوي الحادى عشر وهو أعلى مستوى.

تصحيح الأدوات :

استخدمت الباحثة المفاتيح الخاصة بالاختبارات بالنسبة للاختبارات التالية:

١ - الذكاء المصور.

٢ - اختبار الشخصية المتعدد الأوجه.

٣ - استبيان مستوى الطموح.

٤ - المفتاح الخاص باستمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادى.

راعت الباحثة قواعد تصحيح اختبارات القدرة على التفكير الابتكارى الخاص بكل اختبار، وتقدير الدرجات وفقاً لها.

صدق وثبات الأدوات :

١ - بالنسبة لاختبار الذكاء المصور:

اعتمدت الباحثة على النتائج التى أوردها د/ أحمد زكى صالح من أن الاختبار له معامل ثبات وصدق عال، إذ تراوح معامل الثبات ما بين ٧٥ر ، ٨٥ر بطريقة التجزئة النصفية، كما أن معامل الصدق كان ٦١٠ر.

٢ - بالنسبة لاستبيان مستوى الطموح :

اعتمدت الباحثة على دراسة د/كاميليا عبد الفتاح، وغيرها من

الدراسات التي استخدمت الاستبيان وأوضحت صدقه وثباته وكانت معاملات الثبات ٨ر والصدق ٥٦ر.

٣ - بالنسبة لاختبار الشخصية المتعدد الأوجه:

اعتمدت الباحثة على صدق الاختبار الكلى وثباته على دراسات لويس كامل مليكة والتى أثبتت أن الاختبار له معامل صدق وثبات لا بأس به إذ يتراوح معامل ثبات الاختبار من ٧١ر الى ٨٣ر وكذلك تبين الصدق العملى للمقياس وقدرته على التميز.

وقد قامت الباحثة بحساب الصدق والثبات للمقاييس التى استخدمتها بعد تحويلها إلى اللغة العامية، وكانت مقاييس الصدق والثبات مرتفعة بالنسبة لجميع المقاييس كما أوضحتها الباحثة فيما سبق عند شرحها للاختبار وكانت دالة جميعها احصائيا وقد استخدمت الباحثة طريقة التجزئة النصفية (معادلة رولون المختصرة) لحساب الثبات.

٤ - بالنسبة لاختبارات القدرة على التفكير الابتكارى ، اعتمدت الباحثة فى صدق الاختبارات التى استعملتها على الصدق المنطقى الذى أورده د/عبد السلام عبد الغفار فى اختباراته.

ولكن بالنسبة للثبات قامت الباحثة بحساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية مستخدمة معادلة رولون المختصرة بالنسبة للاختبارات الثلاثة وكانت كلها معاملات ثبات مرتفعة ودالة احصائياً:

بالنسبة للطلاقة الفكرية ٩١ر

بالنسبة للمترتبات ٩ر

بالنسبة للاستعمالات ٩٠١ر

اجراءات البحث :

الاجراء :

الدراسة المبدئية:

قامت الباحثة باجراء هذه الدراسة لأهداف منها :

١ - حصر أماكن تواجد العينة (التجريبية ، الضابطة).

٢ - التعرف على مدى صلاحية هذه الاماكن فى اتاحة الفرصة للباحثة لمقابلة المبحوثين والانفراد بهم ، أكثر من مرة.

٣ - حصر عدد الحالات التى ستأخذها الباحثة من كل جهة وأخذ عناوين سكنهم وأماكن تواجدهم باستمرار .

٤ - التأكد من صلاحية الأدوات للتطبيق فى هذا البحث .

٥ - التعرف على ظروف العينة التعليمية والاجتماعية .

٦ - الافادة فى تصميم استمارة المقابلة.

وقد قامت الباحثة بمقابلة خمسة من مدمني المخدرات مقابلة حرة في مستشفي شرق المدينة وقد ساعدتها هذه المقابلة فى تصميم استمارة المقابلة وصياغة الكثير من بنودها وقد طبقت الباحثة أدوات بحثها جميعاً على هذه الحالات الخمس وتبين لها من هذا التطبيق ما يلى : .

١ - ضرورة تصميم استمارة لقياس المستوي الاجتماعى والاقتصادى تتناسب وطبيعة العينة.

٢ - أن معظم أدوات البحث سهلة لغوياً أو مصاغة باللغة العامية نظرا لظروف العينة التعليمية.

٣ - أن تكون المقابلة مقننة (مقيدة) لصعوبة الاحتفاظ بالمعلومات ولاسهاب الحالات فى شرح كثير من الموضوعات بعيدة الصلة عن البحث، وتداخل الموضوعات عند الحالات.

٤ - أن الباحثة ستقوم بتطبيق الاختبارات بصورة فردية وستتولى هى تسجيل الاجابات .

٥ - إن تطبيق الادوات سيتم على مرتين أو ثلاث مرات.

٦ - أن تتم المقابلة فى مكان مغلق حيث لا يكون هناك أمر من الأمور التى تساعد على تشتيت ذهن الحالة.

اجراءات البحث الحالى (الدراسة الأساسية):

قامت الباحثة بتطبيق جميع أدوات البحث الحالى على جميع المفحوصين فى فترة تطبيق تجاوزت سبعة أشهر متتالية على المجموعتين (التجريبية والضابطة) بدأت فى يناير ١٩٨٣ وانتهت فى أواخر اغسطس ١٩٨٣.

وقد ترجع طول الفترة الزمنية فى التطبيق إلى صعوبة الالتقاء بالحالات وطول الأدوات المستعملة وكثرتها.

وقد تم التطبيق بالصورة التالية :

■ كانت الباحثة تلتقي بالمفحوصين فى الصباح وذلك بالنسبة لمجموعة المفحوصين المدمنين الذين جمعتهم من مستشفى شرق المدينة ومكاتب مكافحة المخدرات وتبدأ معهم التطبيق باختبار الذكاء المصور وذلك قبل أن يصاب المفحوص بالتعب أو الملل فيؤثر ذلك على أدائه العقلى،ويلى ذلك تطبيق استمارة المقابلة حيث كانت تجذب ثقة الحالات، وبعدها استمارة المستوى الاجتماعى والاقتصادي فى الفترة الأولى أو المقابلة الأولى.

■ تقوم الباحثة بمقابلة الحالة مرة أخرى بعد يومين أو ثلاثة أيام وتلتقى بها أيضاً في الصباح وتطبق عليه اختبارات القدرة على التفكير الابتكارى. ثم يطبق استبيان مستوى الطموح وفى بعض الحالات كان

يطبق اختبار الشخصية المتعدد الأوجه ولكن معظم الحالات كانت تضطر الباحثة لمقابلتهم مرة ثالثة لتطبيق هذا الاختبار.

■ أما بالنسبة للمجموعة الضابطة فقد كان يتم تطبيق جميع الأدوات على مرتين لخلو الأدوات من استمارة المقابلة الخاصة بمدمنى المخدرات والتى كانت تستغرق وقتاً يقرب من الساعة وأكثر.

■ أما بالنسبة لباقى الحالات التى تم جمعهم بطرق مختلفة من أماكن متفرقة من مدينة الإسكندرية فكانت تلتقى بهم الباحثة مرات قبل إجراء البحث لشرح الغرض من البحث ولكسب ثقتهم ، وبعد ذلك تحدد معهم الموعد الذى يناسبهم والذى يكونوا فيه فى غير حالة التخدير أو الخرم، وكان التطبيق يبدأ أيضاً كما ذكر سابقاً، وكان يحتاج التطبيق لقاء المفحوصين أكثر من ثلاث مرات.

ملحق رقم (٩)

استمارة جمع بيانات عن المخدرات

اعداد/ عفاف محمد عبد المنعم - قسم علم النفس

كلية الآداب - جامعة الاسكندرية

١ - بيانات أولية :

١ - الاسم:

٢ - السن:

٣ - الحالة التعليمية: أمي ، يقرأ ويكتب ، تعليم ابتدائى ، تعليم متوسط : فنى / عام ، تعليم جامعى ، تعليم ما بعد الجامعى .

٤ - الحالة الاجتماعية: أعزب، متزوج، مطلق، أرمل.

٥ - عدد مرات الزواج : ١ ٢ ٣ ٤ أكثر من ذلك.

٦ - عدد الزوجات الحالى : ١ ٢ ٣ ٤

٧ - عدد مرات الطلاق : ١ ٢ ٣ ٤ أكثر من ذلك.

٨ - السبب فى الطلاق .

٩ - مهنة الزوجة الحالية.

١٠ - عدد الأولاد : ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ أكثر من ذلك.

١١ - سن الأولاد: فى سن المدرسة، بعد سن التعليم، دون سن التعليم.

١٢ - تعليم الأولاد : لا يعرف/إبتدائي/متوسط/عام/فنى/ جامعى / بعد الجامعى .

١٣ - عدد الأولاد فى كل مرحلة : ابتدائى/متوسط/جامعى/بعد الجامعى

١٤ - مهنة الأولاد الذين يعملون .

١٥ - عدد الأفراد الذين يعولهم : ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ اكثر من ذلك .

١٦ - عنوان السكن : اسم الحى .

١٧ - عدد حجرات السكن .

١٨ - الدخل الشهرى بالجنيه المصرى .

٢ - بيانات عن المخدر وبداية الإدمان :

١٩ - ايه هى المخدرات اللى انت استعملتها من يوم ما عرفت المخدرات:

حشيش ،أفيون ، هيروين، كوكايين ، كودايين، حبوب مهدئة، حبوب منبهة، مخدرات أخرى .

٢٠ - وايه هو المخدر اللي بتأخذه دلوقتى :

حشيش ، أفيون، هيروين ، كوكايين، كودايين، حبوب مهدئة، حبوب منبهة، مخدرات أخرى .

٢١ - وايه السبب اللى خلاك تستمر فى هذا المخدر بالذات دون غيره.

٢٢ - طيب كان عندك كام سنة فى أول مرة أخذت فيها المخدرات.

٢٣ - طيب والكمية اللى أخذتها كانت قد ايه.

٢٤ - وايه السبب اللى خلاك تاخذ المخدر فى أول مرة.

أصحاب . حب استطلاع . الم أو مرض. الجنس . مناسبة اجتماعية . للسهر . القدرة على العمل. أسباب أخرى .....

٢٥ - طيب يا ريتك تحكى لى حسيت بايه فى أول مرة أخذت فيها المخدر.

٢٦ - وايه هى بقى الطريقة اللى أخذت بيها المخدر فى أول مرة.

٢٧ - طيب والكمية اللي بتكفى مزاجك زمان كنت بتشتريها بكام.

٢٨ - طيب ودلوقتى الحتة دى بتدفع فيها كام.

٢٩ - وكنت بتاخذ المخدر كام مرة فى اليوم... الأسبوع ... الشهر.. فى أول ما أبتديت.

٣٠ - طيب ودلوقتى بتاخذ كام مرة فى اليوم....الأسبوع..... الشهر.

٣١ - طيب وايه هى الطريقة اللى بتأخذ بيها المخدر دلوقتى .

٣٢ - طيب وايه هى احسن طريقة تخلى أثر المخدر يبان بسرعة ويبقى عال.

٣٣ - قولى بصراحة عمرك فكرت فى انك تبطل المخدرات.

(إذا أجاب بنعم يسأل :٣٤)

٣٤ - وحاولت فعلاً وبطلتها بالفعل.

٣٥ - طيب بطلتها كام مرة.

٣٦ - والمدة التى بطلت فيها المخدرات كانت أد ايه.

٣٧ - وايه السبب اللي خلاك تفكر تبطل المخدرات.

٣٨ - ولما بطلتها حسيت بايه.

٣٩ - وايه السبب اللى خلاك ترجع للمخدرات تانى.

٤٠ - ولو حصل فى مرة كنت عاوز المخدر ومش قادر تجيبه لأى سبب من الاسباب ، بتعمل ايه. وبتحس بايه

بدور على مخدر تانى	ألم فى كل جسمي
بستلف مخدر من واحد صاحبى	بضيق ونرفزة

بجيب فلوس بأي طريقة وش في دماغى

أي طرق اخرى تذكر مش قادر اقف على رجلية

أي احساسات أخرى تذكر .

٤١ - طيب وبتجيب المخدرات منين (يعني الحي اللي بتشترى منه المخدر اسمه ايه)

٤٢ - طيب بعد كام مرة أخذت فيها المخدر حسيت بعدها إنك متقدرش تستغني عنه.

٣ - بيانات عن آثار المخدرات علي المدمن :

٤٣ - لما بتاخذ المخدر تبدأ تحس بأثره بعد أد ايه .

٤٤ - طيب وأنت حاسس بأثر المخدر تقدر تقولى الوقت ساعتها بتحس إنه بيفوت بطئ ولا سريع ولا عادى.

٤٥ - برضه وأنت حاسس بأثر المخدر بتحس أن المسافات (يعنى الاماكن أو الحاجات اللى قصادك) بعيده قوي - ولا قريبة قوى ولا عادية.

٤٦ - وبتحس ساعتها إن الاصوات (يعنى لما يكون واحد بيتكلم أو بتسمع راديو أو تليفزيون) بتكون واطية قوي، ولا عالية قوي ولا عادية.

٤٧ - ولما يكون فيه بني آدم واقف ادامك يبقي باين لك واضح ولا عادي ولا مهزوز (يعنى زي ما يكون عليه غشاوة).

٤٨ - طيب ولما تشوف حاجة ملونة بتبقى الألوان ادامك، بهتانة ولا مزهزهة ولا عادية.

٤٩ - طيب طريقتك فى التفكير بتبقى هى هي وانت واخد المخدر ولا بتتغير نعم لا

إذا اجاب بنعم يسأل (٥٠)

٥٠ - طيب بتتغير ازاي.

٥١ - وأنت واخد المخدر بتجيلك فكرة ملحة وتزن فى دماغك على طول لدرجة أنك ما تقدرش تتخلص منها ؟

(لو أجاب بنعم يسأل (٥٢)).

٥٢ - طيب زى أيه.

٥٣ - وانت واخد المخدر بتحس إنك تقدر تحل مشاكلك نعم لا

٥٤ - يعنى المخدر بيساعدك على إنك تشوف مشاكلك على حقيقتها ولا بتخليك تهرب منها.

٥٥ - وأنت من غير مخدر بتكون متأريف ولا مفرفش ولا عادى.

٥٦ - طيب وأنت واخد المخدر.

٥٧ - طيب وأنت من غير مخدر بتبقي متردد فى تصرفاتك ولا متسرع ولا عادى.

٥٨ - طيب وأنت واخد المخدر .

٥٩ - وانت من غير مخدر بتبقى هادى ولا متوتر ولا عادى.

٦٠ - طيب وانت واخد المخدر.

٦١ - وأنت من غير مخدر بتفرض رأيك على الناس ولا ممكن تتنازل عنه بسهولة ؟

٦٢ - طيب وانت واخد المخدر .

٦٣ - وانت من غير مخدر بتفتكر كل حاجة ولا بتبقى ذاكرتك ضعيفة.

٦٤ - طيب وانت واخد المخدر

٦٥ - وانت من غير المخدر لو كان نفسك فى حاجة ومش قادر تجيبها فى ساعتها ممكن تأجلها من غير ما تضايق، ولا بتضايق ومتقدرش تأجلها.

٦٦ - طيب وانت واخد المخدر .

٦٧ - قولى بقى وانت من غير المخدر بتشتغل كتير ولا قليل ولا عادى.

٦٨ - طيب وانت واخد المخدر.

٦٩ - وأنت من غير المخدر بتحب تقعد مع الناس ولا بتحب تبقى لوحدك وتقعد مع نفسك؟

٧٠ - طيب وانت واخد المخدر.

٧١ - لو حد ضايقك أو نرفزك وأنت من غير مخدر ممكن تضربه؟

٧٢ - طيب وأنت واخد المخدر بتعمل ايه؟

٧٣ - يعنى بتحصل مشاكل كتيرة بينك وبين أهلك وأصحابك وأنت من غير المخدر؟

٧٤ - طيب وانت واخد المخدر.

٧٥ - بتحط رأسك على المخدة وتروح فى النوم على طول وانت من غير مخدر بتبقى قلقان ؟

٧٦ - طيب وأنت واخد المخدر.

٧٧ -بيحصل إنك بتحس وانت من غير مخدر إنك متأريف ومتضايق وحاسس زى ما يكون فيه مصيبة هتحصل لك؟

٧٨ - طيب وانت واخد المخدر.

٧٩ - طيب وانت بتأكل كويس فى العادة؟

٨٠ - طيب قولى بتحس إنك نفسك مفتوحة للأكل وتأكل كتير وأنت من غير المخدر؟

٨١ - طيب وأنت واخد المخدر بقى؟

٨٢ - قولى بصراحة: تفتكر أن البني آدم اللي متعود على المخدرات ممكن يرتكب جرائم أكثر من الشخص اللى مالوش دعوة بالمخدرات؟

(إذا أجاب بنعم يسأل ٨٣)

٨٣ - طيب ايه هى الجرايم اللي ممكن يرتكبها:

١ - فتل   ٢ - سرقة.

٣ - يعتدى على حريم   ٤ - ينصب على الناس

٥ - يتهجم على الناس فى الطريق علشان يهددهم وياخذ فلوسهم.

٦ - أية جرايم تانية يذكرها تكتب.

٨٤ - هو الواحد وهو واخد المخدر يبقى خواف قوى ولا عادى ولا جرئ؟

٨٥ - طيب وهو من غير المخدر.

٤ - الإدمان وأثره على الجنس:

٨٦ - طيب قولى بصراحة أنت لك علاقات جنسية مع حريم؟

(إذا كان متجوز يسأل عن هذه العلاقة مع الست بتاعته)

٨٧ - وبتحس إنك تقدر تقوم بالعملية دى احسن وأنت واخد المخدر ولا وانت من غير مخدر؟

٨٨ - طيب وأنت واخد المخدر تقعد فى العملية دى مدة طويلة ولا قصيرة ولا عادية.

٨٩ - يعنى المخدرات بتخلى مدة الاتصال بالحريم أطول من العادى ولا عادى ولا أقصر؟

٩٠ - طيب تقدر تحدد لى تقريباً المدة اللى بتقعدها مع الست فى العملية دى بتبقى اد أيه وأنت واخد المخدر ؟

٩١ - طيب وأنت من غير المخدر بتبقى أد ايه؟

٩٢ - يعنى تقدر تقول لى المخدرات بتأثر علي العملية الجنسية مع الحريم؟

(إذا اجاب بنعم يسأل)

٩٣ - طيب ايه هو تأثيرها ؟

٩٤ - يعنى اداءك للعملية الجنسية بيختلف وأنت مخدر عنه وأنت مش مخدر ؟

(أذا اجاب بنعم يسأل).

٩٥ - بيختلف ازاي.

٩٦ - طيب بتحس برغبة أكتر فى الحريم عنه وأنت مش مخدر ولا وأنت واخد المخدر ؟

٩٧ - وبتحس أن الست راضية ومتجاوبة معاك وأنت مش واخد المخدر اكتر ولا وانت مخدر أكثر ؟

٩٨ - هل إدمان المخدرات يؤدى للضعف الجنسى؟

٥ - بيانات عن حياة المدمن ومشكلاته:

٩٩ - طيب قولى أنت عندك مشاكل؟ نعم لا (زي ايه؟)

(إذا اجاب بنعم يسأل ١٠٠)

١٠٠ - طيب قولي المشكلات دى مين السبب فيها ؟

١٠١ - طيب تقدر توصف لى ايه هى المشكلات اللى تخلى الواحد ياخذ مخدرات؟

١٠٢ - طيب قول لى علاقتك بوالدك شكلها ايه؟

كويسه وحشة عادية

١٠٣ - طيب وعلاقتك بوالدتك ؟

كويسه وحشة عادية

١٠٤ - طيب العلاقة اللى بين والدك ووالدتك شكلها ايه؟

١٠٥ - طيب لو فيه مشكلة بينك وبين واحد من عيلتك (أخوك ولا ابنك ولا زوجتك مثلاً) بتحلها ازاى ؟

١٠٦ - قولى يا ترى فيه حد فى عيلتك بياخذ مخدرات؟

١٠٧ - طيب لو لقيت ابنك أو أخوك بياخذ مخدرات تعمل له ايه؟

١٠٨ - ولو كان لك بنت أو أخت توافق على إنها تتجوز واحد بيدمن مخدرات؟

الفصل الخامس

نتائج البحث

- إختبار صحة الفروض:
  - إختبار صحة الفرض الأول
  - إختبار صحة الفرض الثانى
  - إختبار صحة الفرض الثالث
- نتائج المقابلة الشخصية
- سمات المدمن كما أوضحتها المقابلة الشخصية

إختبار صحة الفروض :

وتعرض الباحثة فى هذا الفصل النتائج التى توصلت إليها من بحثها مع توضيح مدي إتفاق هذه النتائج مع الفروض أو تعارضها.

ولإختبار صحة الفرض الأول القائل بأن إنخفاض بعض القدرات العقلية أكثر شيعاً لدي مدمنى المخدرات عن غيرهم من غير المدمنين، فقد تم قياس بعض القدرات العقلية منها الذكاء والقدرة على التفكير الابتكاري، كما تناولت استمارة المقابلة بعض من هذه القدرات لدي المدمنين سنعرض لها بعد. وكانت نتاذج هذه الاختبارات كما يلى:

لقد قامت الباحثة بتطبيق اختبار الذكاء المصور من اعداد أحمد زكى صالح على مجموعتين البحث التجريبية والضابطة، وكانت نتائج التطبيق كما توضحها الجداول التالية:

جدول رقم (٤٠) يوضح المتوسط الحسابى والانحراف المعياري لكل من المجموعتين التجريبية والضابطة فى اختبار الذكاء المصور

المقياس	المجموعة التجريبية			المجموعة الضابطة		
	م	ع	ن	م	ع	ن
اختبار الذكاء المصور	٨١ر٨٦	٥٩ر١٦	٤٨	٨٧ر١٠٤	٥٥ر٩	٤٨

وتوضح النتائج إنخفاض المتوسط الحسابى للمجموعة التجريبية عن المتوسط الحسابى لدرجات المجموعة الضابطة فى الذكاء كما يقيسه الاختبار المستخدم فى الدراسة، وبمقارنة نتائج المتوسط الحسابى للمجموعة التجريبية لمعايير الذكاء والنسب المئوية التى يوضحها الاختبار المستخدم وجد أنهم ينتمون إلى فئة ذكاء دنيا.

وقد تم حساب تحليل التباين للمجموعتين للوقوف على قمة «ف» ودلالتها وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٤١):

جدول رقم (٤١)

يوضح قيمة «ف» للمجموعتين فى اختبار الذكاء المصور

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	التباين	قيمة ت	دلالتها
بين المجموعات	٧٨٢٧ر٩٢	١	٧٨٢٧ر٩٢	٣٩ر٨٥	دالة
داخل المجموعات	١٨٤٦٦ر٥٦	٩٤	١٩٦ر٤٥		

وكانت قيمة «ف» دالة عند مستوي ثقة ٠١ر، ثم حسب بعد ذلك قيمة «ت» لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات المجموعتين فى الذكاء وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٤٢):

جدول رقم (٤٢)

يوضح دلالة الفروق (ت) بين المجموعتين فى الذكاء

المقياس	المجموعة الضابطة			المجموعة التجريبية			ت	دلالتها
	م١	ع١	ن١	م٢	ع٢	ن٢		
الذكاء المصور	١٠٤ر٨٧	٩ر٥٥	٤٨	٨٦ر٨١	١٦ر٥٩	٤٨	٥ر٩٦	دالة

وكانت قيمة «ت» دالة عند مستوي دلالة ٠١ر، مما يوضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة الضابطة، وأن هناك عدم تجانس بين العينتين فى الذكاء، وتدل نتائج المجموعة التجريبية على إنخفاض مستوي الذكاء لديهم عن مستوي الذكاء لدي المجموعة الضابطة.

وأيضاً بصدر التحقق من صحة الفرض الأول تم تطبيق بعض اختبارات القدرة على التفكير الابتكاري وكانت:

- اختبار الطلاقة الفكرية.
- اختبار الاستعمالات.
- اختبار المترتبات.

وكانت النتائج كما يلى:

- **الطلاقة الفكرية :**

وقد قامت الباحثة بتطبيق اختبار الطلاقة الفكرية من اختبارات القدرة على التفكير الابتكاري وبحساب المتوسط الحسابى والانحراف المعياري لكل من المجموعتين التجريبية والضابطة كانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٤٣).

جدول رقم (٤٣) يوضح المتوسط الحسابى والانحراف المعياري للمجموعتين على اختبار الطلاقة الفكرية

المقياس	المجموعة التجريبية			المجموعة الضابطة		
	م	ع	ن	م	ع	ن
الطلاقة الفكرية	٢٥ر٢٠	٩ر٣٨	٤٨	٣٥ر٨٨	١٧ر٠٩	٤٨

وقد تم حساب قيمة «ف» للمجموعتين وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٤٤).

جدول رقم (٤٤) يوضح قيمة «ف» ودلالتها

للمجموعتين فى اختبار الطلاقة الفكرية

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	التباين	قيمة ف	دلالتها
بين المجموعات	٥٧٨٨ر٥٣	١	٥٧٨٨ر٥٣	٢٩ر٢٦	دالة
داخل المجموعات	١٨٢٢١ر٢٨	٩٤	١٩٣ر٨٤		

وكانت قيمة «ف» دالة عند مستوي دالة ١٠ر. وقد تم حساب قيمة «ت» لمعرفة دلالة الفروق بين المجموعتين فى نفس الاختبار، وكانت النتائج كما يوضحها لمعرفة دلالة الفروق بين المجموعتين فى نفس الاختبار، وكانت كما يوضحها الجدول التالى رقم (٤٥):

جدول رقم (٤٥) يوضح قيمة «ت» دلالة الفروق

بين المجموعتين فى الطلاقة الفكرية

الاختبار	المجموعة التجريبية			المجموعة الضابطة			ت	دلالتها
	م٢	ع٢	ن٢	م١	ع١	ن١		
طلاقة فكرية	٢٥ر٢٠	٩ر٣٨	٤٨	٣٥ر٨٨	١٧ر٠٩	٤٨	٥ر٦٦	دالة

وكانت قيمة «ت» دالة عند مستوي دلالة ١٠ر.

■ **الاستعمالات :**

وبحساب قيمة المتوسط الحسابى والانحراف المعياري لكل من المجموعتين كانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٤٦):

جدول رقم (٤٦) يوضح المتوسط الحسابى والانحراف المعياري

لدرجات المجموعتين فى اختبار الاستعمالات

المقياس	المجموعة التجريبية			المجموعة الضابطة		
	م	ع	ن	م	ع	ن
الاستعمالات	٧٫٦٥	٤٫٤٩	٤٨	١٤٫٠٨	٩٫٣٨	٤٨

ثم قامت الباحثة بتحليل التباين للمجموعتين لمعرفة مدي تجانسها أو عدمه فى نفس السمة وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٤٧):

جدول رقم (٤٧) يوضح قيمة «ف» ودلالتها

للمجموعتين فى اختبار الاستعمالات

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	التباين	قيمة ف	دلالتها
بين المجموعات	١٢١٦٫٦٦	١	١٢١٦٫٦٦	٦٤٫٠٣	دالة
داخل المجموعات	١٧٨٦٫٠٨	٩٤	١٩٫٠٠١		

وكانت قيمة ف دالة عند مستوي ثقة ٠١ر٠

ولمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات المجموعتين تم حساب قيمة «ت» وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٤٨):

جدول رقم (٤٨) يوضح دلالة الفروق «ت»

لمجمعتى البحث فى اختبار الاستعمالات

المقياس	المجموعة التجريبية			المجموعة الضابطة			ت	دلالتها
	م٢	ع٢	ن٢	م١	ع١	ن١		
استعمالات	٧٫٦٥	٤٫٤٩	٤٨	١٤٫٠٨	٩٫٣٨	٤٨	٨٫٧٢	دالة

وكانت قيمة «ت» دالة عند مستوي دلالة ٠١ر٠

وبالنظر إلى النتائج الموضحة فى الجداول السابقة (٤٦، ٤٧، ٤٨) نجد أن هناك فرقاً بين المتوسطات والانحرفات المعيارية للمجموعتين التجريبية والضابطة فى اختبار الاستعمالات وهذا الفرق لصالح المجموعة الضابطة، وأن هذا الفرق جوهري ذو دلالة إحصائية عند مستوي دلالة ٠١ر٠، مما يشير إلي عدم تجانس العينتين فى سمة الابتكارية كم يقيسها الاختبار المستخدم، وإلى ضعف هذه السمة لدي المجموعة التجريبية بالمقارنة بالمجموعة الضابطة (الغير مدمنى للمخدرات).

■ **المرتبات :**

وقد تم حساب المتوسط الحسابى والانحرافى المعياري لدرجات كل من المجموعتين التجريبية والضابطة، وكانت كما يوضحها الجدول التالى رقم (٤٩):

جدول رقم (٤٩) يوضح قيمة المتوسط الحسابى والانحراف المعياري

لدرجات المجموعتين فى اختبار المرتبات

المقياس	المجموعة التجريبية			المجموعة الضابطة		
	م	ع	ن	م	ع	ن
مترتبات	٥٫٩٦	٤٫٧٤	٤٨	١٢٫١٣	٨٫٧	٤٨

ولمعرفة تجانس العينتين من عدمه بالنسبة لذا الاختبار تم حساب قيمة «ف» وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٥٠):

جدول رقم (٥٠) يوضح قيمة «ف» ودلالتها

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	التباين	قيمة ف	دلالتها
بين المجموعات	٩١٣,٧٥	١	٩١٣,٧٥	١١,٧٥	دالة
داخل المجموعات	٧٢٥٠,٣٦	٩٤	٧٧,١٣		

وكانت «ف» دالة عند مستوي دلالة ٠,١.

وبحساب قيمة «ت» لدلالة الفروق بين المجموعتين كانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٥١):

جدول رقم (٥١) يوضح دلالة الفروق (ت) على إختبار المرتبات

المقياس	المجموعة الضابطة			المجموعة التجريبية			ت	دلالتها
	م١	ع١	ن١	م٢	ع٢	ن٣		
المترتبات	١٢,١٣	٨,٧	٤٨	٥,٩٦	٤,٧٤	٤٨	٥,١٤	دالة

وتشير نتائج التحليلات الاحصائية السابقة لجميع أدوات قياس القدرات العقلية على صحة الفرض الأول - بإنخفاض القدرات العقلية لدي مدمنى المخدرات عن غيرهم من غير المدمنين - حيث جاءت نتائج التحليلات جميعها ذات دلالة ٠١، وهذا يؤكد صحة هذا الفرض.

ولاختبار صحة الفرض الثانى القائل بأن هناك علاقة طردية بين الإدمان على المخدرات وانخفاض المستوي الاجتماعى الاقتصادي، فقد تم تصميم استمارة خاصة لقياس هذا المستوي وتناولت الاستمارة

مجموعه من البنود التى اتفقت فيها معظم الدراسات العربية والاجنبية على انها تقيس المستوي الاجتماعى الاقتصادي وكذلك تأييد معظم المحكمين للاستمارة على صحة هذه البنود وملاءمتها لقياس المستوي الاجتماعى الاقتصادي فقد تم تطبيق استمارة المستوي الاجتماعى الاقتصادي من إعداد الباحثة على جميع أفراد البحث، بهدف تقدير الوضع الاجتماعى الاقتصادي للعينة، وبحساب المتوسط الحسابى والانحراف المعياري للمجموعتين كانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٥٢)

جدول رقم (٥٢) يوضح المتوسط الحسابى والانحراف المعياري للمجموعتين فى المستوي الاجتماعى والاقتصادي

المقياس	المجموعة التجريبية			المجموعة الضابطة		
	م	ع	ن	م	ع	ن
مستوى احتماعي اقتصادي	١٤,٠٢	٢,٤٥	٤٨	١٤,٠٨	٢,٧٦	٤٨

وتدل نتائج حساب المتوسط الحسابى للمستوي الاجتماعى الاقتصادي على انتماء العينتين إلى نفس الفئة من المستوي الاجتماعى والاقتصادي كما يدل على ذلك جدول اجتماعى اقتصادي منخفض كما تشير بذلك المعايير.

وقد قامت الباحثة بحساب قيمة «ف» للتأكد من تجانس العينتين فى هذا المستوي حيث أن الباحثة قد قامت بتثبيت هذا المتغير من متغيرات البحث وكانت نتائج قيمه «ف» كما يوضحها الجدول التالى رقم (٥٣):

جدول رقم (٥٣) يوضح قيمة (ف) ودلالتها للمجموعتين

في المستوي الاجتماعى الاقتصادي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	التباين	قيمة ف	دلالتها
بين المجموعات	١٢ر١٨	١	١٢ر١٨	٥٢ر٢	غير دالة
داخل المجموعات	٣٥ر٦٧٦	٩٤			

وكانت قيمة ف غير الدالة عند مستوي ١٠ر، ٠٥ر.

وللتأكد من عدم وجود فروق بين العينتين فى نفس المستوي تم حساب قيمة«ت» لدلالة الفروق وكانت كما يوضحها الجدول التالى رقم (٥٤):

جدول رقم (٥٤) يوضح دلالة الفروق (ت)

للمستوي الاجتماعى الاقتصادي

المقياس	المجموعة الضابطة			المجموعة التجريبية			ت	دلالتها
	$م_١$	$ع_١$	$ن_١$	$م_٢$	$ع_٢$	$ن_٢$		
مستوى اجتماعي اقتصادي	٠٨ر١٤	٥٢ر٢	٤٨	٠٢ر١٤	٧٦ر٢	٤٨	١١ر	غير دالة

وكانت قيمة «ت» غير دالة عند المستويين ٠١ر، ٠٥ر مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة بين المجموعتين فى المستوي الاجتماعى الاقتصادي كما يقيسه الاستمارة المستخدمة فى الدراسة، وتشير معايير هذه الدراسة إلى انتماء المجموعتين إلى فئة دنيا فى هذا المستوي. وهذا يدحض صحة الفرض الثانى القائل بوجود علاقة طردية بين الإدمان على المخدرات وانخفاض المستوي الاجتماعى الاقتصادي حيث كانت المجموعتين ينتميان إلى مستوي اجتماعى اقتصادي واحد ولكن لم

تشتركا معاً فى سمة الإدمان. إلا ان هذه النتاذج تشير إلى انتماء المدمنين لمستوي اجتماعى منخفض.

نتائج خاصة باختبار الشخصية المتعدد الأوجه :

لاختبار صحة الفرض الثالث القائل بأن هناك فروقاً ذات دلالة إحصاذية بين مدمنى المخدرات وغيرهم من غير المدمنين فى بعض سمات الشخصية، فقد تم تطبيق بعض مقاييس من اختبار الشخصية المتعدد الأوجه وهى (مقاييس توهم المرض، الهستيريا، الاكتئاب، والانحراف السيكوباتى) وطبق أيضاً استبيان مستوي الطموح وقد عمل التحليلات الإحصائية لكل مقياس فقد قامت الباحثة بحساب للمتوسط الحسابى والانحراف المعياري لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس توهم المرض، وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٥٥).

جدول رقم (٥٥) يوضح المتوسط الحسابى والانحراف المعياري لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس توهم المرض

المقياس	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة	
	م	ع	م	ع
توهم المرض	١٩٫٤٦	٤٫٤٥	١٠٫٤٠	٤٫٠٦
العينة	٤٨		٤٨	

حيث م = قيمة المتوسط الحسابى.

وحيث ع = قيمة الانحراف المعياري.

وقامت الباحثة بعد ذلك بحساب تحليل التباين لمعرفة دلالة قيمة ف للمجموعتين التجريبية والضابطة للتأكد من تجانس العينة أو عدمه على مقياس توهم المرض،وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٥٦):

جدول رقم (٥٦) يوضح قيمة «ف» على مقياس توهم المرض للمجموعتين التجريبية والضابطة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	التباين	قيمة ف	دلالتها
بين المجموعات	١٩٦٩ر٩٢	١	١٩٦٩ر٩٢	١٠٧ر٧	دالة
داخل المجموعات	١٧٣٦ر١٦	٩٤	١٨ر٢		

وكانت ف دالة عند مستوي ثقة ١٠ر٠

وبحساب قيمة «ت» لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات المجموعتين التجريبية والضابطة، كانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٥٧):

جدول رقم (٥٧) يوضح دلالة قيمة «ت»

للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس توهم المرض

المقياس	المجموعة التجريبية			المجموعة الضابطة			ت	دلالتها
	م	ع	ن	م	ع	ن		
توهم المرض	١٩ر٤٦	٤ر٤٥	٤٨	١٠ر٤٠	٤ر٠٦	٤٨	١٠ر٢٨	دالة

وكانت قيمة ذات دلالة عند مستوي دلالة ٠١ر مما يوضح فروق ذات دلالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة فى سمة توهم المرض، وهذا الفرق يوضح شيوع هذه السمة بين مدمنى المخدرات من عينة البحث الحالى.

٢ - مقياس الهستيريا :

وبحساب المتوسط الحسابى والانحراف المعياري لدرجات المجموعتين

على مقياس الهستيريا كانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٥٨):

جدول رقم (٥٨) يوضح المتوسط الحسابى والانحراف المعياري

لدرجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الهستيريا

المقياس	المجموعة التجريبية			المجموعة الضابطة		
	م	ع	ن	م	ع	ن
هستيريا	٢٧ر٧٣	٦ر٠٧	٤٨	١٩ر٩٢	٦ر٠٤	٤٨

وحسب تحليل التباين بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الهستيريا وكانت كما يوضحها الجدول التالى رقم (٥٩)

جدول رقم (٥٩) يوضح قيمة «ف»

بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الهستيريا

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	التباين	قيمة ف	دلالتها
بين المجموعات	١٤٦٣ر٩١	١	١٤٦٣ر٩١	٣٩ر٧	دالة
داخل المجموعات	٣٥١٣ر١٢	٩٤	٣٧ر٣٧		

وكانت قيمة «ف» دالة عند مستوي ٠١ر٠

ثم أخيراً تم حساب قيمة «ت» لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الهستيريا ، وكانت النتائج كما يوضحها الجدول رقم (٦٠):

جدول رقم (٦٠) يوضح قيمة «ت» لدلالة الفروق

بين متوسطات المجموعتين التجريبية والضابطة (هستيريا)

المقياس	المجموعة التجريبية			المجموعة الضابطة			ت	دلالتها
	م	ع	ن	م	ع	ن		
هستيريا	٢٧٫٧٣	٦٫٠٧	٤٨	١٩٫٩٢	٦٫٠٤	٤٨	٦٫٢٩	دالة

ويتضح من الجدولين السابقين رقم (٥٩ ، ٦٠) أن هناك فروقاً ذات دلالة احصائية عند مستوي دلالة ٠١ر بين العينتين التجريبية والضابطة فى سمة الهستيريا ، وكذلك فى الدرجات على المقياس المستخدم فى الدراسة بقياس هذا العرض. مما يفيد زيادة انتشار هذا النوع من الاضطرابات النفسية لدي أفراد المجموعة التجريبية(وهى المجموعة المدمنة للمخدرات) ويتضح لنا من هذه النتائج ما تتسم به شخصية مدمنى المخدرات من أفراد عينة هذا البحث، من قابلية للاستهواء والايحاء، وانه متقلب انفعالياً، وأن الاعراض الهستيرية التى يتميزون بها هى وسيلتهم فى التكيف، إذ يعتبر العرض الهستيري على الرغم من شذوذه ضرباً من ضروب التكيف الناقص،ذلك لأن المدمن عاجز عن مواجهة واقعه ونقائصه وقصور شخصيته، فيلجأ دائماً إلى أسباب وأقنعة تكيفيه يحاول بها تغطية ما يبدو عليه من قصور ونقص، وتعتبر الاعراض الهستيرية بمثابة هذه الأقنعة، أو نوعاً من التبرير لسلوكه الشاذ والذي يتمثل هنا فى إدمانه للمخدرات.

٣ - مقياس الاكتئاب :

وقد قامت الباحثة بتطبيق مقياس الاكتئاب من اختبار الشخصية المتعدد الأوجه وتم حساب المتوسطات الحسابية للمجموعتين التجريبية والضابطة وكذلك الانحراف المعياري وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٦١):

جدول رقم (٦١) يوضح المتوسط الحسابى والانحراف المعياري

لكل من المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس

الاكتئاب المستخدم فى الدراسة

المقياس	المجموعة التجريبية			المجموعة الضابطة		
	م	ع	ن	م	ع	ن
اكتئاب	٢٨،٤٤	٧،٧٣	٤٨	١٩،٢٠	٥،٦٧	٤٨

وحسب تحليل التباين لدرجات المجموعتين على نفس المقياس وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٦٢):

جدول رقم (٦٢) يوضح نتائج حساب قيمة «ف»

للمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الاكتئاب

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	التباين	قيمة ف	دلالتها
بين المجموعات	١٤٧١،٥١	١	١٤٧١،٥١	١٥،١٨	دالة
داخل المجموعات	٤٤١١،٢٠	٩٤	٩٦،٩٣		

وكانت قيمة «ف» دالة عند مستوي ثقة ٠١ر٠

ويوضح هذا عدم تجانس العينتين فى سمة الاكتئاب المقيسة، وللوقوف على دلالة الفروق بين متوسطات الدرجات للمجموعتين، قامت الباحثة بحساب قيمة «ت» لدلالة الفروق وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٦٣):

جدول رقم (٦٣) يوضح دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين «ت» مقياس الاكتئاب

المقياس	المجموعة التجريبية			المجموعة الضابطة			ت	دلالتها
	م١	ع١	ن	م٢	ع٢	ن		
اكتئاب	٢٨،٤٤	٧،٧٣	٤٨	١٩،٢٠	٥،٦٨	٤٨	٥،٩٧	دالة

وكانت قيمة «ت» دالة عند مستوي ثقة ٠١ر٠

وتوضح المنتائج المدونة فى الجداول السابقة رقم (٦٢، ٦٣) وجود فرق ذي دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في عرض الاكتئاب، يفيد هذا الفرق شيوع الأعراض الاكتئابية بدرجة واضحة بين أفراد المجموعة التجريبية (مدمنة المخدرات) ويشير ذلك إلى ما يعانيه المدمن من اضطرابات في الشخصية يمثلها الاكتئاب بما يصحبه من التعاسة والمشاعر الاكتئابية، وانخفاض الروح المعنوية، والتشاؤمية، والانسجامية وعدم القدرة على التكيف مع ما يحيط به من أشخاص وأشياء، والانطوائية والهروب من الواقع.

٤ - مقياس الانحراف السيكوباتى :

وقد قامت الباحثة بحساب المتوسط الحسابى والانحراف المعياري لدرجات مجموعتى البحث التجريبية والضابطة على مقياس الانحراف السيكوباتى وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٦٤):

جدول رقم (٦٤) يوضح المتوسط الحسابى والانحراف المعياري لدرجات المجموعتين الضابطة والتجريبية فى مقياس الانحراف السيكوباتى

المقياس	المجموعة التجريبية			المجموعة الضابطة		
	م	ع	ن	م	ع	ن
انحراف سيكوباتي	٢٨،٢١	٥،٠٧	٤٨	١٧،٤٤	٤،٩٣	٤٨

وتم حساب تحليل التباين بين المجموعتين التجريبية والضابطة وقد أسفرت النتائج عما يأتى فى الجدول التالى:

جدول رقم (٦٥)

يوضح قيمة «ف» للمجموعتين التجريبية والضابطة

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	التباين	قيمة ف	دلالتها
بين المجموعات	٥٧٨٣٫٦٢	١	٥٧٨٣٫٦٢	١٤١٫٦٩	دالة
داخل المجموعات	٣٨٣٧٫١٢	٩٤	٤٠٫٨٢		

وكانت «ف» دالة عند مستوي ثقة ٠١ر مما يفيد عدم تجانس العينتين فى هذه السمة المرضية.

وقد قامت الباحثة بحساب قيمة «ت» لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٦٦):

جدول رقم (٦٦) يوضح قيمة «ت» ودلالة الفروق بين المجموعتين على مقياس الانحراف السيكوباتى

المقياس	المجموعة التجريبية			المجموعة الضابطة			ت	دلالتها
	م١	ع١	ن١	م٢	ع٢	ن٢		
انحراف سيكوباتى	٢٨٫٢١	٥٫٠٧	٤٨	١٧٫٤٤	٤٫٩٣	٤٨	١٠٫٤٦	دالة

ويتبين لنا من النتائج السابقة الموضحة فى الجداول (٦٥، ٦٦) عدم تجانس عينتى البحث فى عرض الانحراف السيكوباتى، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بينهما فى هذا النوع من اضطرابات الشخصية،

وتشير هذه الفروق إلى شيوع اضطراب الانحراف السيكوباتى وانتشاره كسمة مميزة لمجموعة البحث التجريبية وهى المجموعة المدمنة للمخدرات، ويعكس هذا الاضطراب ما تتسم به شخصية المدمن فى هذا البحث من اندفاعية فى إشباع نزواته العاجلة، وعدم أوضحت معظم الدراسات فى هذا المجال، أن معظم مدمنى المخدرات ذوو شخصية سيكوباتية، وأن من أهم سمات الشخصية السيكوباتية: الكذب، السرقة، والادمان على المخدرات والخمور، والشذوذ الجنسنى، وعدم مراعاة المعايير الاجتماعية، وارتكاب الانفعال الاجرامية دون تفكير فى عواقبها أو دون تجنب انكشاف أمره.

أيضاً بصدد اختبار الفرض الثالث فقد تم تطبيق استبيان مستوي الطموح من اعداد كاميليا عبد الفتاح وحساب المتوسط الحسابى والانحراف المعياري لكل من المجموعتين التجريبية والضابطة على هذا الاستبيان كانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٦٧):

جدول رقم (٦٧) يوضح المتوسط الحسابى والانحراف المعياري

لكل من المجموعتين التجريبية والضابطة على استبيان مستوي الطموح

المقياس	المجموعة التجريبية			المجموعة الضابطة		
	م	ع	ن	م	ع	ن
مستوي الطموح	٣٤٫٦٩	١١٫٦٣	٤٨	٥٢٫٧٩	١٤٫٠٢	٤٨

وقد قامت الباحثة بحساب قيمة «ف» للمجموعتين وكانت كما يوضحها الجدول التالى رقم (٦٨):

جدول رقم (٦٨) يوضح قيمة «ف» ودلالتها للمجموعتين

التجريبية والضابطة على مقياس مستوي الطموح

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	التباين	قيمة ف	دلالتها
بين المجموعات	٨٢٦٧٫٣٦	١	٨٢٦٧٫٣٦		
داخل المجموعات	١٠٠٩١٫٠٤	١٤٠	١٠٧٫٣٥	٧٧٫٠١	دالة

وكانت قيمة ف دالة عند مستوي دلالة ١٠ر، وهذا يؤكد اختلاف العينتين فى هذه السمة، ولمعرفة دلالة الفروق بين متوسط درجات المجموعتين، قامت الباحثة بحساب قيمة «ت» لدلالة الفروق، وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالى رقم (٦٩):

جدول رقم (٦٩) يوضح دلالة الفروق

بين المجموعتين (ت) على استبيان مستوي الطموح

المقياس	المجموعة التجريبية			المجموعة الضابطة			ت	دلالتها
	م١	ع١	ن١	م٢	ع٢	ن٢		
استبيان مستوي الطموح	٣٤٫٦٩	١١٫٦٣	٤٨	٥٢٫٧٩	١٤٫٠٢	٤٨	٦٫٨٠	دالة

وكانت «ت» دالة عند مستوي دلالة ١٠ر.

وتشير التحليلات السابقة لنتائج كل من مقياس توهم المرض، ومقياس الاكتئاب، ومقياس الهستيريا، والانحراف السيكوباتى، وأيضاً نتائج التحليلات الاحصائية لاستبيان مستوي الطموح، إلى صحة الفرض الثانى والقائل بشيوع بعض سمات الشخصية لدي مدمنى المخدرات عن غيرهم، وكانت هذه السمات الشائعة هى: توهم المرض،

والاكتئاب، والهستيريا ،والانحراف السيكوباتى ،وأيضاً انخفاض مستوي الطموح – لديهم عن غيرهم من غير المدمنين وهذا يؤكد صحة هذا الفرض.

نتائج المقابلة الشخصية :

(أ) بداية الإدمان والمخدر :

١ - المخدرات التى تناولتها عينة البحث :

قرر أفراد العينة أنهم جربوا مجموعة من المخدرات فى بداية تعاطيهم، كما أقرت بعض العينة أنهم قد جربوا جميع أنواع المخدرات، وكانت المخدرات المتداولة فى بداية التعاطى كما يبينها الجدول التالى:

جدول رقم (٧٠)

يوضح المخدرات التى سبق تداولها بين أفراد العينة

المخدر	تكراره	نسبته المئوية٪
حشيش	٤٣	٨٩٫٥٣
أفيون	٣٤	٧٠٫٨٣
هيروين	١٠	٢٠٫٨٣
كوكايين	٣	٦٫٢٥
كوادين	١٩	٣٩٫٨٥
حبوب منبهة ومهدئة	٣	٦٫٢٥

ويتضح من الجدول ان الحشيش هو أكثر المخدرات تداولاً إذ أقبل على تعاطيه النسبة العظمى من عينة البحث فى بداية تعاطيها (٨٩٫٥٣٪) ويلى الحشيش الأفيون حيث يعتبر المخدر الثانى بعد الحشيش فنسبة تعاطيه فى بداية التعاطى عند أفراد عينة البحث تبلغ حوالى ثلاثة أرباع العينة (٧٠٫٨٣٪) ويليه المنبهات والمهدئات وهى أقراص يبيعها التجر تحت أسماء مستعارة تحث المدمنين على شرائها وجميعه أسماء وضعها

لها التجار بغرض ترويج تجارتهم مثل (الحصان، الفانتوم، اسكاي هوك، الحب كله، أمل حياتي.. إلخ) وهى أسماء قد تغري الشباب وصغار السن على تجريب هذه الحبوب، وغالباً ما تسحق أقراص المنبهات والمهدئات معاً ثم توضع فى كوب من الشاي المغلي بدون سكر، ويقلب هذا الخليط ثم يشرب قبل الافطار فى الصباح الباكر. ويعرف تعاطى المهدئات والمنبهات فى كثير من الحضارات الغربية باسم (Stting up) ولكن تختلف طريقة التعاطى باختلاف المكان والثقافة.

المخدر المتداول الآن :

يبين الجدول التالى المخدرات التى يتناولها أفراد ا' عينة والتى اختاروها دون غيرها لتكون مخدرهم المفضل، وهى كما يـ ضحها الجدول التالى:

جدول رقم (٧١) يبين المخدرات المفضلة حالياً لدي عينة البحث

المخدر الحالي	تكراره	نسبته المئوية٪
حشيش	٢٢	٤٥٫٨٣
أفيون	١٠	٢٠٫٨٣
حبوب منبهة ومهدئة (مخلوطة)	١٠	٢٠٫٨٣
كوكايين	١	٢٫٠٨
بودرة (بيور) كودايين	٣	٦٫٢٥
هيروين	٢	٤٫١٧
المجموع	٤٨	٪١٠٠

ومن الجدول السابق يتضح أن الحشيش هو أكثر المخدرات إدماناً بين أفراد عينة البحث (٤٥٫٨٣٪)، وقد أرجع معظم أفراد العينة سبب إدمان الحشيش إلى أنه المخدر المتوافر حالياً حيث أن معظمهم كانوا مدمنى أفيون وتحولوا بعدها للحشيش لندرة الأفيون وقلة استيراده

وزراعته، وعلو ثمنه إذ وجد فى الاسواق. وقد أدلى معظم أفراد العينة للباحثة انهم يقومون بخلط الحشيش ببعض الأقراص المهدئة أو المنبهة حتى تزيد من فاعليته، ويرجعون عدم فاعلية الحشيش إلى ما يقوم به خلط الحشيش بكثير من المواد الصناعية التى تفسد فاعليته(مثل الحناء).

السبب فى التركيز على مخدرون غيره :

وبسؤال أفراد العينة عن السبب الذي جعلهم يستمرون فى المخدر الذي يتناولونه حالياً أدلى أفراد العينة باجابات تختلف باختلاف المخدر، وكانت الاجابات كما يوضحها الجدول التالى:

جدول رقم (٧٢) يبين السبب فى التركيز على مخدر معين دون غيره

(أ) بالنسبة للحشيش :

السبب	ك	٪
الأصدقاء	١٠	٤٥ر٤٥
منشط جنسياً	٦	٢٧ر٢٧
لأنه غير محرم	٢	٩ر٠٩
لأنه بيبسط	٢	٩ر٠٩
مسألة تعود	٢	٩ر٠٩

(ب) الأفيون :

جدول رقم (٧٣)

السبب	ك	٪
الأصدقاء	٤	٤٠
تقليد الوالد	٢	٢٠
قوة تأثيره	٢	٢٠
منشط	٢	٢٠

(جـ) المهدئات والمنبهات :

جدول رقم (٧٤) يوضح الأسباب فى استمرار

إدمان المهدئات والمنبهات

السبب	ك	٪
الأصدقاء	٥	٥٠
سهولة الحصول عليها وتوافرها	٣	٣٠
لتخفيف آلام منع الأفيون	٢	٢٠

(د) باقى المخدرات الأخرى :

جدول رقم (٧٥) يوضح السبب فى التركيز على إدمان

هذه المخدرات (الكوكايين، الكودايين، هيروين) دون غيرها

السبب	ك	٪
الأصدقاء	٣	٥٠
وفرة المال	١	١٦,٦٧
الرغبة فى الفرفشة	١٠	١٦,٦٧
قوة أثر المخدر (هيروين)	١	١٦,٦٧

ويلاحظ من الجداول السابقة رقم (٧٣) ورقم (٧٤) ورقم (٧٥) أن من أكثر الأسباب التى أدت إلى الاستمرار فى مخدر بعينه مع تكرار هذا السبب باختلاف المخدر كان مجموعة الأصدقاء، ويوضح هذا ما تتسم به شخصية المدمن من سلبية واتكالية، فهو لا يختار المخدر الذي يدمنه ويركن فى اعتماده على المخدر على مجموعة من الأصدقاء يختارونه له، فهو شخصية منقادة للجماعة. كما أن سيادة الاعتقاد الخاطىء بالنسبة للحشيش بأنه منشط جنسياً قد جعل الأفراد يستمرون فى تعاطيه

ويقبلون عليه دون غيره من المخدرات الأخري، وعلى الرغم من اثبات عدم صحة هذا الاعتقاد ، فقد قرر المتعاطون للحشيش أنه يؤدي إلى الضعف الجنسي، إلا أنهم يختارون من الاسباب ما يبررون به تعاطيهم للمخدر للتخفيف من وطاءة الاحساس بالذنب من ارتكابهم لسلوك الإدمان. وقد كان للبيئة أيضاً أثرها فى اختيار المخدر، إذ يقوم الفرد بتقليد والده أو أحد أفراد أسرته وذلك كما يتضح من جدول رقم (٧٣) أن ٢٠٪ من مدمنى الأفيون فى هذا البحث استمروا فى تعاطيهم للمخدر تقليد السلوك الأب أو أحد أفراد العائلة، وكذلك للسهولة فى الحصول على المخدر وتوافره مما كان له الآثر فى استمرار الإدمان وهذا يعكس مؤشرات اجتماعية تتميز بها بيئة المدمن وكذلك عدم احكام الضبط على حركة المخدر وتوافره ،وضعف العقوبات للمدمن عليه دفع الكثير إلى الاستمرار فى التعاطى.

(ب) التاريخ الإدمانى عند المدمن :

■ العمر الزمنى عند بداية التعاطى :

ويوضح الجدول التالى رقم(٧٦)المتوسط الحسابى والانحراف المعياري للعمر الزمنى لعينة البحث عند بداية تعاطيهم للمخدر:

جدول رقم (٧٦) يوضح المتوسط الحسابى ي

لسن المجموعة المدمنة عند بداية الإدمان

البيان	المتوسط الحسابى	الانحراف المعياري
السن عند بداية التعاطى	١٨٫٢٥	٣٫٦٩
مجـ ن	٤٨	

وقد قسمت أيضاً الباحثة سن المجموعة إلى فئات وكانت كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (٧٧) يوضح فئات السن المختلفة

ونكرارها عند بداية التعاطى

فئات السن	ت	٪
١ - ١٢	٦	١٢٫٥
١٣ - ١٥	٧	١٤٫٥٨
١٦ - ١٨	١٤	٢٩٫١٧
١٩ - ٢١	١٣	٢٧٫٠٨
٢٢ - ٢٤	٢	٤٫١٧
٢٥ - ٢٧	٣	٦٫٢٥
٢٨ - ٣٠	٣	٦٫٢٥

ويتضح من الجدولين السابقين أن المتوسط الحسابى للسن فى بداية الإدمان كان (١٨٫٢٥) لدي عينة البحث، كما أن أكثر فئات السن تكراراً عند بداية التعاطى (١٦ - ١٨)، وهذا يؤكد ما ذهبت إليه الكثير من الدراسات من أن الإدمان عادة ما يبدأ عند صغار السن والشباب وذلك كرغبة أي منهم فى تقليد عالم الرجال، ولسد ما يشعرون به من مشاعر عجز واحباط يتلقونها من البيئة التى تحيط بهم، وعجزهم أيضاً عن التكيف مع بيئة الرجولة الجديدة بما تتضمنه من مسؤليات وأعباء. هذا الفشل فى التكيف يدفعهم إلى الهروب إلى المخدر كوسيلة لاراحتهم من آلام العجز والقصور وكوسيلة للتوافق الناقص بينهم وبين متطلبات دافعهم.

٤ الكمية المأخوذة فى بداية التعاطى :

يوضح الجدول التالى الكميات التى بدأ بها المدمنون تعاطيهم للمخدر، وقد أدلى المدمنون بكميات مختلفة تختلف باختلاف المخدر.

جدول رقم (٧٨) يوضح الكميات التى بدأ بها

المدمنون تعاطيهم للمخدر

الكمية/حشيش	ك	٪	أفيون ك	٪
فرش كامل(*)	٣	١٣٫٣٧	٢	٢٠
١/٢ فرش	٩	٤٠٫٩١	٢	٢٠
١/٤ فرش	٤	١٨٫١٨	٤	٤٠
أقل من ذلك	٦	٢٧٫٢٧	٢	٢٠

ويوضح الجدول التالى كمية المنبهات والمهدئات التى كانت تؤخذ فى بداية التعاطى.

جدول رقم(٧٩) يوضح كمية المهدئات والمنبهات

التى بدأ بها المدمنون تعاطيهم

عدد الأقراص	ك	٪
٣	٤	٤٠
٥	٣	٣٠
٧	٣	٣٠

وقد قرر المدمنون أن هذه الكمية قد استمرت لمدة طويلة ثابتة عند بداية تعاطيهم، ولكنهم اضطروا إلى زيادة هذه الكمية بعد ذلك وقد أرجعوا هذه الزيادة إلى غش المخدرات بمواد أخري تجعلها تفقد قدرتها التأثيرية ولكن هذه الزيادة قد يكون سببها الاطاقة النفسية والجسمية التى تدفع الفرد إلى زيادة كمية المخدر نتيجة لتعوده عليه مما يجعل آثار الجرعة الأولى تخف بعد التعاطى بمدة فيضطر المدمن إلى زيادة الجرعة ليصل إلى نفس الأثر.

(*) يزن الفرش حوالى ١/٢ ٤ جرام تقريباً.

- السبب فى تعاطى المخدر فى أول مرة :

ويوضح الجدول التالى الاسباب التى دفعت المدمن لتعاطى المخدر فى المرة الأولى لتعاطيهم:

جدول رقم (٨٠) يوضح الأسباب التى أدت بالمدمن

إلى تعاطى المخدر فى أول مرة

السبب	ك	٪
الأصدقاء	٢٣	٤٩٫٩٢
التنشيط الجنسى	٧	١٤٫٥٨
حب الاستطلاع	٧	١٤٫٥٨
التخلص من آلام مرضية	٤	٨٫٣٣
لنسيان الحزن	١	٢٫٠٨
الاتجار فى المخدر	٣	٦٫٢٥
توافر المال	٣	٦٫٢٥

وبالنظر إلى الجدول السابق يتضح لنا أيضاً أن جماعة الأصدقاء هم أكثر نسبة محرضة على تعاطى المخدر فى المرة الأولى (٤٩٫٩٢) وهذا يؤكد النظرة الانتشارية (الوبائية) لتعاطى المخدر والتى تقول بأن وجود مدمن واحد يعتبر خطراً على البيئة الموجودة فيها، فقد تنتقل عدوي إدمانه إلى من هم أصغر منه سناً إما بقوة إيحائه عليهم باخبارهم عما يجلبه المخدر من آثار مفرحة، أو لمن هم فى سنه كمحاولة منهم لتقليد ما يقوم به، وكذلك انتشار هذه العدوي بين من لديهم الاستعداد للإدمان، ويلى الأصدقاء حب الاستطلاع والسلوك الجنسى كدافعان لتعاطى المخدر فى المرة الأولى (١٤٫٥٨)، وهذا يبين مدي انتشار الاعتقادات الخاطئة فى مجتمعات المدمنين، فهى اعتقادات تحقق لهم ظاهرياً الاحساس بالقدرة والتفوق والتخلص من الآلام عن طريق شعورهم بهذا الاقتدار الوهمى الذي يمنحه لهم المخدر.

■ الآثار الناتجة عن التعاطى فى أول مرة :

قررت نسبة كبيرة من العينة أنهم سشعروا من جزاء تعاطيهم للمخدر فى المرة الأولى بتنميل ورعشة فى الجسم، وعدم القدرة على الوقوف ودوخة وزغللة، مع فقدان فى الوعى وتعب فى الجسم، ورغبة فى القيء والشعور بصداع شديد مع رغبة فى الجنس، والشعور كأن شيئاً يقف فى الزور، وزيادة فى النشاط، وعدم القدرة على النوم، وهذا بالنسبة للآثار الجسمية، أما بالنسبة للآثار النفسية، فقد قرروا الشعور بالفرفشة والانبساط، إلا أن هذه الآثار لم تبدأ مع كل المخدرات ولكن اختص بها الحشيش فقط وكل ما تختص به المخدرات الاخري هو الشعور بالنوم العميق والذي قد يستمر يومين كاملين.

■ أسلوب التعاطى عند بداية الإدمان، والآن، وأفضل طرق التعاطى :

وبسؤال العينة عن الطريقة التى بدأوا بها التعاطى للمخدر، ثم الطريقة التى استمروا فيها حالياً فى التعاطى، وأفضل الطرق جميعاً التى تسبب استمتاع أكثر بالمخدر كانت إجاباتهم كما يوضحها الجدول التالى:

جدول رقم (٨١) يوضح طرق التعاطى المختلفة

فى بداية الإدمان وحالياً وأفضل الطرق للتعاطى

الطريقة	عند بداية التعاطى		حالياً		أفضل الطرق	
	ك	٪	ك	٪	ك	٪
بلع	٥	١٠ر٤٢	٥	١٢ر٥	٦	١٢ر٥٠
استحلاب	٥	١٠ر٤٢	٥	١٢ر٥	٧	١٤ر٥٨
جوزة	١٧	٣٥ر٤٢	١٧	٣١ر٥	١٥	٣١ر٢٥
لف فى سيجارة	٩	١٨ر٧٥	٩	١٤ر٥٨	٧	١٤ر٥٨
مذاب فى مشروب ساخن	٨	١٦ر٦٧	٨	٢٠ر٨٣	٩	١٨ر٧٥
الشم	٢	٤ر١٧	٢	٤ر١٧	٢	٤ر١٧
الاكل بمفرده	٢	٤ر١٧	٢	٤ر١٧	٢	٤ر١٧

وقد اتضح للباحثة أن هناك بعض المدمنين يستخدمون أكثر من طريقة التعاطي، والأسلوب الشائع هو الأسلوب الفمي بشتى صوره، وقد بلغت نسبة التعاطي عن طريق الفم في بداية التعاطي حوالي (٩١٪) بالطرق المختلفة، وحالياً يمثل التعاطي الفمي نفس النسبة. كما أنه بسؤال المدمنين عن أفضل الطرق للتعاطي قرروا أنها الطريقة التي يستخدمونها حالياً والمتمركزة معظمها في التعاطي الفمي. وقد أوضح هذا سمة مميزة لسلوك مدمني المخدرات الذي يتصف بالجمود والصلابة وعدم القدرة على التغيير، فهو يري أن ما يفعله دائماً هو أفضل سلوك ولا يسعى لتعديله.

■ المنصرف على المخدر عند بداية التعاطي، والآن :

ويوضح الجدول التالي كمية ما يصرف من دخل الفرد على الجرعة اليومية للمخدر عند بداية التعاطي وحالياً:

جدول رقم (٨٢) يوضح المنصرف يومياً على جرعة المخدر حالياً وعند بداية التعاطي

المنصرف على المخدر بالقروش	عند بداية التعاطي		المنصرف على المخدر بالجنيه	حالياً	
	ك	٪		ك	٪
١٠ قروش	١٠	٢٠ر٨٣	١ جنيه	٥	١٠ر٤٢
٢٥ قرش	٧	١٤ر٥٨	١ر٥ جنيه	٤	٨ر٣٣
٤٠ قرش	٦	١٢ر٢٥	٢ جنيه	٥	١٠ر٤٢
٥٠ قرش	٥	١٠ر٤٢	٣ جنيه	٤	٨ر٣٣
٦٠ قرش	٥	١٠ر٤٢	٤ جنيه	٧	١٤ر٥٨
٧٥ قرش	١٠	٢٠ر٨٣	٥ جنيه	٧	١٤ر٥٨
١٠٠ قرش	٥	١٠ر٤٢	٧ جنيه	١٠	٢٠ر٨٣
			١٠ جنيه	٦	١٢ر٢٥

■ الآثار الناجمة عن المنع :

وقد أوضح المدمنون فى إجاباتهم أن المخدر يسبب لهم أعراضاً جسمية مثل: وجع فى كل أجزاء الجسم، اسهال، عدم القدرة على الوقوف، مغص وألم شديد فى البطن، صداع شديد، ضيق فى التنفس، تعب فى المعدة، فقدان فى الشهية، رشح فى الانف، دوخة، دموع مستمرة. وأعراض نفسية:

نرفزة وضيق وعدم على التحمل، تهور وغضب لأتفه الأسباب، توهمان وفقد الوعى، وعدم قدرة على النوم، مع وجود كوابيس وأحلام مزعجة أثناء الفترات المتقطعة من النوم، رؤية اخيلة واشخاص وسماع أصوات وخوف شديد ورهبة من أقل شيء.

وبالنظر إلى الجداول السابقة رقم (٨٦)، ورقم (٨٧)، ورقم (٨٨) والتى توضح خبرة الامتناع عن المخدر والمحالة للامتناع، وعدد مرات الامتناع والسبب فى الامتناع، نجد أن نسبة كبيرة من أفراد العينة (٦٨٫٧٥) قد حاولوا فعلاً الامتناع عن المخدر، وقد قرروا أن محاولتهم كانت بالبعد فقط عن مكان التعاطى والأصدقاء المتعاطين وأخذ عهد على النفس بعدم تعاطى المخدر مرة أخري، وبلغت أكبر مدة للامتناع عن المخدر سنة واحدة وأقل مدة يوم واحد، وكانت أعلى نسبة من المتنعين (١٢٫١٢) قد امتنعوا لمدة اربعة أشهر. وبالسؤال عن سبب الامتناع قرروا أن ضعف الايراد المادي وغلو ثمن المخدر (٤٥٫٤٥) هو السبب الأكثر تردداً، ويليه ما سببه المخدر من تدهور فى صحة المدمنين (٢٤٫٢٤). ومن هذه النتائج يتضح لنا أن شخصية المدمن شخصية سلبية لا تملك القرار، فهو لم يفكر فى منع المخدر إلا عندما فرض عليه هذا بطريقة غير مباشرة عن طريق إرتفاع سعر المخدر والتدهور الصحى المصاحب للتعاطى، وهذه أسباب قهرية دون إرادته دفعته للامتناع عن المخدر. ويعكس هذا ما تتسم به شخصية المدمن من نفسية ضعيفة واتكالية وسلبية وانقيادية، تنقاد دائماً لثلة الاصدقاء حيث قررت نسبة

منهم (٤٥٫٦٩) أنهم رجعوا لتناول المخدر مرة أخري نتيجة لمقابلتهم لثلة الاصدقاء المتناولين والتواجد فى أماكن يتوافر فيها المخدر، ونسبة قليلة قررت أن رجوعهم للمخدر ناتج عن آثار المنع التى خبروها أثناء منعهم للمخدر (٢٤٫٢٤) وهذا يؤكد نظرية التعلم فى نظرتها للإدمان، حيث قالت أن رؤية مكان التعاطى أو الاصدقاء يعتبر بمثابة مثير شرطى يدفع الفرد إلى تكرار السلوك، وكذلك آلام المنع تعتبر بمثابة تعزيز سلبى للرجوع لعادة الإدمان، ولم يفكر المدمن فى طريقة تخلصه من الآلام إلا محاولته تجريب قطعة من المخدر مرة أخري، وبمجرد زوال آثار المنع بتعاطى المخدر يعتبر هذا تعزيزاً ايجابياً يدفع المدمن إلى تكرار التعاطى للحصول على هذا التعزيز. كما يوضح هذا أن شخصية المدمن عاجزة عن التفكير فى حل بديل أو معالجة المشكلة معالجة موضوعية جديدة، فكل معالجته تنصب على المخدر وخبرته به، كما أن اهتماماته أصبحت كلها متمركزة حول المخدر فقد أصبح وسيلته فى حل مشاكله، فالمخدر هو مركزاً اهتمامه وتفكيره ووسيلته فى التوافق أو إعادة التوازن. وقد قررت نسبة أخري ان الدافع الجنسى (٢٠٫٠٧٪) هو السبب فى العودة للمخدر مرة أخري ذلك لأن منع المخدر سبب لهم سرعة فى القذف وهذا الاتجاه الجنسى هو الاتجاه السائد لدي أفراد هذه المجموعة إلى جانب ما يتصفون به من اضطرابات شخصية وسلوكية أخري.

■ **تعرض المدمن لخبرة عدم توافر المخدر :**

وبسؤال المدمنين عن سلوكهم أثناء تعرضهم لخبرة عدم توافر المخدر كانت إجاباتهم كما يوضحها الجدول التالى:

جدول رقم (٨٩) يوضح سلوك المدمنين فى حالة عدم توافر المخدر

السلوك المتبع فى حالة عدم توافر المخدر	ك	٪
أبحث عن مخدر بديل	١٠	٢٠٫٨٣
أبحث عن أحد الاصدقاء استلف منه المخدر	٢٠	٤١٫١٧
	٩	١٨٫٧٥
أبيع أثاث البيت	٢	٤٫١٧
أبحث عن نقود حتى ولو بالسرقة والقتل	٧	١٤٫٥٨

ويوضح الجدول التالى الآثار التى خبرها المدمنون فى حالة عدم توافر المخدر:

جدول رقم (٩٠) يوضح آثار الامتناع عن المخدر

الأثر	ك	٪
نرفزة وضيق نفسى	٢٥	٥٢٫٠٨
عدم قدرة على العمل	١٠	٢٠٫٨٣
آلام جسمية	١٥	٣١٫٢٥
احساسات اخري (رشح وصداع ووجع فى المفاصل...إلخ من الآثار الجسمية).	١٥	٣١٫٢٥

وبالنظر للجدولين السابقين رقم (٨٨)، ورقم (٨٩) نجد أن خبرة عدم توافر العقار تسبب للمدمن الاحساس بأعراض المنع السابق توضيحها فى جدول (٩٠)، وتكون هذه الاعراض عنيفة بالنسبة للمجموعة غير الراغبة فى المنع، فيتحول المدمن بكل كيانه للتفكير فى كيفية الحصول على المخدر، فقد يبيع أثاث منزله ويتخلى عن مسئولياته أو يرتكب جريمة قتل أو سرقة، فالمخدر والحصول عليه هما كل ما يشغلان المدمن ولا يفكر

المدمن فى عاقبة سلوكه لأنه يكون قد هدأ ما يشعر به من آلام، فالمخدر هو دائرة تفكيره سواء فى حالة التخدير أو غيرها.

- **مكان شراء المخدر من مدينة الاسكندرية :**

وقد أجاب الافراد عن مجموعة من الاحياء المختلفة فى مدينة الاسكندرية يقومون بشراء المخدر منها، وكانت إجاباتهم كما يوضحها الجدول التالى:

جدول رقم (٩١) يوضح أحياء بيع المخدر فى مدينة الاسكندرية

اسم الحى	ك	٪
كوم الدكة	٩	١٨٫٧٥
جبل ناعسة	٣	٦٫٢٥
بحري (المنشية، حارة بأطرية، حالة اليهود، حارة أبنجاية، الجمرك)	١٠	٢٠٫٨٣
محرم بك (نادي الصيد)	٨	١٦٫٦٧
مينا البصل (اللبان - راغب)	٨	١٦٫٦٧
العامرية (العجمى - والدخيلة)	٧	١٤٫٥٨
باكوس	٣	٦٫٢٥

وقد ظهر للباحثة من جداول تصنيف الاحياء بمحافظة الاسكندرية أن معظم هذه المناطق تعتبر فى تقييمها من المناطق دون المتوسط فى مستواها الايكولوجى والبيئ، وقد أوضحت قوائم اسماء المتاجرين والمدمنين للمخدرات التى اطلعت عليها الباحثة من مكاتب المكافحة أن معظمهم قد أتوا من هذه الاحياء، وأحياء اخري متشابهة لها فى المستوي الايكولوچى والاجتماعى وهذا يؤكد ما أشارت إليه معظم الدراسات من أن مدمنى المخدرات يأتون من بيئات منحلة اجتماعياً سواء بالتوزيع

الايكولوچى أو بالسمات المميزة لهذه البيئات، فهم يسكنون أماكن حقيرة.

■ **بداية ظهور الإدمان :**

وقد قررت العينة فى السؤال الخاص بالمدة التى شعر بعدها بعدم القدرة على الاستغناء عن المخدر إجابات مختلفة وكانت كما يوضحها الجدول التالى:

جدول رقم (٩٢) يوضح المدة اللازمة لحدوث الإدمان وعدد مرات التعاطى اللازمة لهذا الحدوث كما قررها أفراد عينة البحث

المدة وعدد المرات	ك	٪
٣ مرات متتالية (ثلاثة أيام)	٤	٨٫٣٣
شهر من التعاطى المتتالى	٦	١٢٫٥
ثلاثة شهور تعاطى متتالى	١٥	٣١٫٢٥
٧ أشهر من التعاطى المتقطع	١١	٢٢٫٩٢
سنة من التعاطى المتقطع	١٢	٢٥

ويتضح من الجدول السابق أن أقل عدد مرات التعاطى وأقل مدة للشعور بعدم الاستغناء عن المخدر هى ثلاثة أيام متتالية، وثلاث مرات من التعاطى، وأن أطول مدة للشعور بعدم الاستغناء عن المخدر هى سنة من التعاطى المتقطع، وأكثر المدد تكراراً لدي أفراد العينة هى ثلاثة أشهر (٣١٫٢٥) وقد يرجع التفاوت فى عدد المرات للمدد اللازمة لحدوث الإدمان والشعور بعدم القدرة على الاستغناء عن المخدر إلى الفروق الفردية لدي عينة البحث فى الارجاعات الفسيولوچية، وكذلك اختلاف خصائص التعاطى ونوع المخدر، والاختلاف فى سمات شخصية المدمن ومدي الاضطراب فيها ونوعه.

(د) أثر الإدمان على بعض النواحى العقلية والمعرفية :

■ **الآثار الادراكية :**

وبسؤال المدمنين عن المدة اللازمة للاحساس بأثر المخدر بعد تعاطيه أجابوا إجابات مختلفة كانت كما يوضحها الجدول التالى:

جدول رقم (٩٣) يوضح المدة اللازمة لدي

عينة البحث للاحساس بأثر المخدر

المدة	ك	٪
خمس ٥ دقائق	٥	٤٢ر١٠
عشر ١٠ دقائق	١٨	٥ر٣٧
خمس عشرة ١٥ دقيقة	١٢	٢٥
ثلاثون ٣٠ دقيقة	١١	٩٢ر٢٢
خمس وأربعون ٤٥ دقيقة	٢	١٧ر٤

ويتضح من الجدول السابق أن أقل مدة لازمة للاحساس بأثر المخدر هى خمس دقائق وأعلى مدة خمس وأربعون دقيقة، وقد يرجع هذا التفاروت فى المدة إلى الاختلاف فى طريقة التعاطى ومدة الإدمان وطبيعة المخدر وجودته، والفروق فى الارجاعات النفسية والجسمية لدي المتعاطين.

■ **الاحساس بالوقت :**

وبسؤال المدمنين عن إدراكهم للوقت وهم تحت تأثير المخدر كانت إجاباتهم كالآتى:

جدول رقم (٩٤) يوضح إدراك المدمنين للوقت وهم فى حالة التخدير

الإدراك	ك	٪
سريع	٣٠	٦٢٫٥
بطىء	١٠	٢٠٫٨٣
عادي	٨	١٦٫٦٧

■ الاحساس بالمسافات :

وبسؤال المدمنين عن إدراكهم للمسافات وهم تحت تأثير المخدر كانت إجاباتهم كالآتى:

جدول رقم (٩٥) يوضح إدراك المدمنين

للمسافات وهم فى حالة التخدير

إدراك المسافات	ك	٪
قريبة أو صغيرة	١٠	٢٠٫٨٣
عادية	١٥	٣١٫٢٥
كبيرة أو بعيدة جداً	٢٣	٤٧٫٩٢

■ الاحساس بالاصوات :

وبسؤال المدمنين عن إدراكهم للاصوات وهم تحت تأثير المخدر كانت إجاباتهم كما يوضحها الجدول التالى:

جدول رقم (٩٦) يوضح إدراك المدمنين

للاصوات وهم تحت تأثير المخدر

الاحساس بالصوت	ك	٪
عال (واضح جداً)	٢٤	٥٠
منخفض، واطى (غير واضح)	١٠	٢٠ر٨٣
عادي	١٤	٢٩ر١٧

■ **الاحساس البصري :**

ويسؤال المدمنين عن إدراكهم البصري وهم تحت تأثير المخدر كانت إجاباتهم كما يوضحها الجدول التالى:

جدول رقم (٩٧)

يوضح إدراك المدمنين للرؤية وهم تحت تأثير المخدر

الرؤية	ك	٪
واضحة جداً	٧	١٤ر٥٨
عادية	٣٠	٦٢ر٥
مهزوزة	١١	٢٢ر٩٢

■ **إدراك الألوان :**

ويسؤال المدمنين عن إدراكهم للالوان وهم تحت تأثير المخدر كانت إجاباتهم كما يوضحها الجدول التالى:

جدول رقم (٩٨)

يوضح إدراك المدمنين للالوان وهم تحت تأثير المخدر

الإدراك	ك	٪
بهتانة (غير واضحة)	٨	١٦٫٦٧
مزهزهة (أوضح من العادية)	١٥	٣١٫٢٥
عادية	٢٥	٥٢٫٠٨

(هـ) الآثار على التفكير :

وبسؤال المدمنين هل تتغير افكارهم تحت المخدر أم تظل كما كانت وإجاباتهم كما يوضحها الجدول التالى:

جدول رقم (٩٩) يوضح التغيرات فى الافكار

أو عدمها لدي المدمنين وهم تحت تأثير المخدر

الافكار	ك	٪
هى هى (لم تتغير)	١٨	٣٧٫٥
تتغير	٣٠	٦٢٫٥

▪ **كيفية التغير فى التفكير كما قررها المدمنون :**

وبسؤال المدمنين عن ماهية التغيرات التى تطرأ على أفكارهم كانت إجاباتهم كما يوضحها الجدول التالى:

جدول رقم (١٠٠) يوضح أنواع التغيرات

التى تحدث لتفكير المدمنين وهم تحت تأثير المخدر

التغير	ك	٪
أفكر كويس جداً	١٧	٣٥ر٤٢
أبقى تايه ومش قادر أفكر أبداً	١١	٢٢ر٩٢
أبقى شايف الدنيا جميلة جداً	١٣	٢٧ر٠٨
يبقى تفكيري بطىء جداً	٥	١٠ر٤٢
أكره المخدرات وأفكر أبطلها	٢	٤ر١٧

■ **وعن وجود أفكار ملحة :**

وبسؤالهم عن وجود فكرة ملحة كانت إجاباتهم كالآتى: ٣٣ فرداً[٨٨] (٦٨ر٧٥) قرروا وجود أفكار ملحة لديهم فى أثناء حالة التخدير. والباقون١٥ فرداً (٢٥ر٣١) قرروا أنه لا توجد هذه الافكار الملحة لديهم.

■ **طبيعة هذه الافكار الملحة :**

وبسؤال المدمنين عن طبيعة هذه الافكار الملحة كانت إجاباتهم كما يوضحها الجدول التالى:

جدول رقم (١٠١) يوضح الافكار الملحة

التى تسيطر على المدمنين أثناء حالة التخدير

الفكرة	ك	٪
أفكار جنسية	٥	١٥ر١٥
خوف من عدم وجود المخدر بعد ذلك	١٧	٥١ر٥٢
أفكر فى منع المخدر	٦	١٨ر١٨
أفكر فى الموت للتخلص من الآلام	٢	٦ر٠٦
أفكر أضرب أو أعتدي على واحد لى معه خلاف	٣	٩ر٠٩

■ المخدر وحل المشاكل :

وبسؤال المدمنين عن تأثير المخدر على فهم المشاكل كانت إجاباتهم (٦٦,٦٧) يساعد المخدر على الهروب من المشكلة واغفالها دون حلها بينما قرر (٣٣,٣٣) منهم أن المخدر يساعد على حل المشاكل.

وبالنظر إلى الجداول السابقة والخاصة بالآثار على التفكير أرقام (٩٩، ١٠٠، ١٠١) نلاحظ أن نسبة كبيرة قد قررت على التفكير تتغير نتيجة لتعاطى المخدر (٦٢,٥) وأن هذا التغير يختلف حسب طبيعة الشخص وتكوينه، وأن طبيعة آثار المخدر على المدمن لا يعتمد على التأثير الفارماكولوچى للمخدر بقدر اعتماده على معتقدات الفرد وما يتوقعه من المخدر، فقد بينت (٣٥,٤٢) أن قدرتهم على التفكير تكوين أفضل فى حالة التخدير بينما قرر (٢٢,٩٢) أن المخدر يجعلهم يفقدون وعيهم، وهذا يتوقف على طبيعة شخصية المدمن. وعن وجود أفكار ملحة قررت نسبة (٦٨,٧٥) وجود هذه الافكار التى يتمركز معظمهم حول الخوف من عدم الحصول على المخدر (٥١,٥٢). فالفكرة الملحة ترتبط إرتباطاً وثيقاً بالتكوين الكلى للشخصية، وتكون شخصية المدمن يعتمد إعتماداً كلياً على المخدر، فجميع أفكاره ترتبط بالمخدر وما يجلبه له من آثار.

فقد قررت أيضاً نسبة (٦٦,٣٢) إن المخدر يساعدهم على الهروب من مشاكلهم وقد يكون هذا الأثر فى حد ذاته دافعاً للتعاطى لكى يتناسى المدمن مشاكله، ودافعاً للانتظام فى التعاطى نظراً لوجود المشكلة وعدم حلها.

■ أثر المخدر على الذاكرة :

ويوضح الجدول التالى رقم (١٠٢) أثر المخدر على الذاكرة كما قررها أفراد البحث من حيث التذكر والنسيان في حالة الخدير وبدونها:

جدول رقم (١٠٢)

الحالة	المخدر		بدونه	
	ك	٪	ك	٪
أفتكر كل حاجة (قوي الذاكرة)	٣٦	٧٥	٣٦	٤١٫٦٧
أنسى (ضعيف الذاكرة)	١٢	٢٥	١٢	٥٨٫٣٣

ومن الجدول السابق يتضح أن نسبة (٥٨٫٣٣) قد قرروا أنهم ينسون بسرعة فى حالة عدم تعاطى المخدر، بينما قرر (٧٥٪) أنهم يكونون أقوياء الذاكرة فى حالة التخدير، وقد يرجع هذا إلى أن المدمن فى حالة عدم وجود المخدر يكون تفكيره منصباً على الحصول عليه وتعاطيه ولا يهتم سوي بالمخدر، بينما تختلف حالته فى حالة عدم وجود المخدر، فالفرق هنا راجع إلى الاهتمامات الفكرية (الحاجة العقلية) فى كل من حالتى التخدير وعدمه.

(و) أثر المخدر على بعض النواحى السلوكية :

■ أثر المخدر على المزاج :

وعن إحساس المدمن بالانبساط أو عدمه فى حالتى وجود المخدر وغيابه كانت إجابات المفحوصين كما يوضحها الجدول التالى:

جدول رقم (١٠٣) يبين أثر المخدر وعدمه على مزاج المدمنين

الاحساس	المخدر		بدونه	
	ك	٪	ك	٪
مفرفش	٤٣	٨٩٫٥٨	١	٢٫٠٨
مهموم	١	٢٫٠٨	٣٩	٨١٫٢٥
عادي	٤	٨٫٣٣	٨	١٦٫٦٧

■ **طريقة التصرف :**

وعن أسلوب التعامل والتصرف من حيث التردد أو التسرع فى التصرفات وهم تحت تأثير المخدر وبدونه كانت إجاباتهم كما يوضحها الجدول رقم (١٠٤):

جدول رقم (١٠٤) يبين طريقة المدمنين فى حالتى التخدير وعدمه .

أسلوب التعامل	المخدر		بدونه	
	ك	٪	ك	٪
متردد	٢٥	٥٢٫٨٨	٢٠	٤١٫٦٧
متسرع	٣	٦٫٢٥	١٠	٢٠٫٨٣
عادي	٢٠	٤١٫٦٧	١٣	٤٧٫٠٨

وعن أسلوب التعامل من حيث فرض الرأي أو عدمه فى حالتى التخدير وعدمه كانت إجاباتهم كما يوضحها الجدول التالى رقم(١٠٥):

جدول رقم (١٠٥)

يوضح أسلوب التعامل فى حالتى التخدير وعدمه

أسلوب التعامل	المخدر		بدونه	
	ك	٪	ك	٪
يتمسك بالرأي	١٣	٢٧٫٠٨	١٥	٣١٫٢٥
يتنازل عن رأيه بسهولة	٣٥	٧٢٫٩٢	٣٣	٦٨٫٧٥

■ **الحالة الانفعالية للمدمنين فى حالتى التخدير وعدمه :**

ويبين الجدول التالى رقم (١٠٦) الحالة المزاجية للمدمنين وهم تحت تأثير المخدر وبدونه:

جدول رقم (١٠٦)

الحالة	المخدر		بدونه	
	ك	٪	ك	٪
هادي	٦	١٢ر٥	٤١	٨٥ر٤٢
متوتر	٣٥	٧٢ر٩٢	٢	٤ر١٧
عادي	٧	١٤ر٥٨	٥	١٠ر٤٢

وكانت إجاباتهم عن قدرة المدمن على أرجاء ومتطلباته إلى وقت لا حق لعدم تناسبها مع الوقت الحالى دون أن يصيبه ضيق من هذا الارجاء وذلك فى حالتى التخدير وعدمه كما يبينها الجدول التالى رقم (١٠٧):.

جدول رقم (١٠٧) يوضح قدرة المدمنين

على أرجاء متطلباتهم وذلك فى حالتى التخدير وعدمه

الحالة	المخدر		بدونه	
	ك	٪	ك	٪
يمكن أأجلها من غير ضيق	١٨	٣٧ر٥	١٣	٢٧ر٠٨
لا يمكننى تأجيلها (هكون متضايق)	٣٠	٦٢ر٥	٣٥	٧٢ر٩٢

وبالنظر للجداول السابقة أرقام (١٠٣، ١٠٦) نجد أن معظم الحالات قد قررت أنهم يشعرون بالهموم والكدر فى حالة غياب المخدر (٨١ر٣٩) ذلك لأن المخدر يخدر شعورهم بالعجز ويجلب لهم السعادة الوقتية بنسيان المشاكل أو الهروب منها، كما قرر (٨٩ر٥٨) أنهم يكونون فى حالة سعادة وفرفشة، وهم تحت تأثير المخدر ذلك أن المخدر يمنحهم قوة واقتدار يشعرهم بالتفوق على عجزهم وواقعهم.

وعن أسلوب التردد فى التصرفات أو التسرع أجاب نسبة من العينة

(٤١٫٦٧) أنهم يترددون فى تصرفاتهم بدون مخدر، ونسبة (٥٢٫٠٨) أنهم يترددون أيضاً فى حالة وجود المخدر وهذا يوضح لنا ما تتسم به شخصية المدمن من عجز على مواجهة الواقع والتردد فى التصرفات والخوف والتشكك فيما حوله والافتقار إلى المبادأة.

ويوضح جدول رقم (١٠٦) أن نسبة كبيرة منهم (٧٢٫٩٢٪) يشعرون بالتوتر فى حالة عدم وجود المخدر، ويوضح هذا أن المدمن أصبح متعمداً على المخدر فى تغيير حالته السلوكية والانفعالية التى لا يملك هو القدرة على تغييرها.

وأوضح جدول رقم(١٠٧) أن مجموعة كبيرة من المدمنين لا يستطيعون تأجيل رغباتهم الملحة لوقت آخر وهم فى حالة التخدير (٦٢٫٥) ونسبة (٧٢٫٩٢) أيضاً لا يستطيعون تأجيل نفس الرغبات فى حالة عدم وجود المخدر، وهذا يعكس ما تتسم به (أنا) المدمن من عدم قدرة على تحمل الواقع، وكذلك مدي قصور شخصيته وعجزها الذي يجعله غير قادر على تأجيل رغباته الملحة إلى وقت آجل لعدم تناسبها مع الوقت الحالى، ومن خلال هذا نستطيع أن نحدد بعض السمات فى شخصية المدمن، فهى شخصية سلبية، إتكالية، منصاعة للجماعة، تفتقد للمبادأة ومواجهة الواقع، عاجزة عن تأجيل رغباته أو التوفيق بينها وبين الواقع، غير قادرة على التكيف مع الواقع ومشكلاته، مترددة منسحبة من الواقع الذي تعيش فيه.

■ **أثر المخدر على الناحية الانتاجية :**

وبسؤال المدمنين عن قدرتهم على العمل وهم فى حالتى التخدير وعدمه كانت إجاباتهم كما يوضحها الجدول التالى:

جدول رقم (١٠٨) يوضح قدرة المدمن الحالية

على أداء العمل فى حالتى التخدير وعدمه

الانتاج	المخدر		بدونه	
	ك	٪	ك	٪
قليل	٩	١٨٫٧٥	٣٣	٦٨٫٧٥
كثير	٣٤	٧٠٫٨٣	٤	٨٫٣٣
عادي	٥	١٠٫٤٢	١١	٢٢٫٩٢

ويوضح الجدول السابق قدرة المدمن على العمل فى حالة التخدير ومن غير التخدير، وقد أوضح (٧٠٫٨٣) منهم أن إنتاجهم يكون وفيراً فى حالة تعاطى المخدر، وفى حقيقة الأمر أن إنتاجهم هذا الذي يصفونه بالكثرة فى حالة تعاطى المخدر يقل كثيراً عن إنتاج الشخص العادي الذي لا يتناول المخدر أبداً ولكن المقارنة هنا هى مقارنة بين القدرة على العمل من عدمه، وأن ما يقرره المدمنون من قلة إنتاج أو أن إنتاجهم عادي هو الحقيقة إشارة إلى عدم القدرة المطلقة على العمل.

وكذلك بينت النتائج أن معظم المدمنين يفضلون الوحدة فى حالة عدم وجود المخدر (٧٢٫٩٢)، بينما يفضلون أن يكونوا مع الناس فى حالة تعاطيهم المخدر وذلك كما قرر (٨٢٫٥) من أفراد البحث.

وقد أوضح معظم أفراد البحث أنهم لا يتصرفون فى المواقف الضاغطة حسب ما يمليه الموقف، ولكن وفق الحالة التخديرية لهم، إذ قرر (٨٢٫٩) منهم أنهم إذا إعتدي عليهم أحد أو سبب لهم ضيقاً وهم فى حالة عدم وجود المخدر، إعتدوا عليه بالضرب وإنهالوا عليه سباً، بينما قرروا أنهم فى حالة تعاطيهم المخدر يتركون هذا الشخص وشأنه بقولهم (أنا بكون متكيف ومش عاوز حاجة تأريفنى، وأنسى كل المشاكل علشان أتمتع

بالمخدر) وذلك كما قرر (٩١٫٩) من أفراد البحث. ويوضح هذا حرص المدمن على التمتع بحالة التخدير، وما تجلبه له من نشوة ولذة، ويتعامل من خلال هذه الحالة بما يتلاءم وحفاظه عليها وإبقاءها لأكبر فترة ممكنة.

وكذلك قرر (٨٩٫٥٨) من أفراد البحث أنه لا تحدث بينهم خلافات ومناقشات وبين أي فرد فى حالة تعاطيهم المخدر، وبينما قرر (٩١٫٥) من أفراد العينة إنه تحدث بينهم وبين الآخر مشاكل وخلافات سواء فى المنزل أو الأصدقاء أو العمل فى حالة عدم تعاطى المخدر.

أثر المخدر على النوم :

قرر (٩٢٫٣) من المدمنين أن نومهم يكون متقطعاً وتتخلله فترات أرق طويلة ومتكررة، وقد يصل الأرق إلى حد التواصل طوال الليل فى حالة عدم وجود المخدر، بينما قرر جميعهم أنهم ينامون دون أي تقطع طوال فترة النوم فى حالة تعاطى المخدر.

أثر المخدر على الشهية للطعام :

ويوضح الجدول التالى رقم(١٠٩)أثر المخدر على الشهية للطعام كما قررها أفراد البحث.

جدول رقم (١٠٩) يوضح أثر المخدر على شهية

المدمن للطعام فى حالة التخدير وعدم التخدير

الحالة	المخدر		بدونه	
	ك	٪	ك	٪
نفسى مفتوحة للأكل	٤٠	٨٣٫٣٣	٦	١٢٫٥
معنديش نفس للأكل أبداً	٨	١٦٫٦٧	٤٢	٨٧٫٥

ويبين الجدول أن (٨٣٫٣٣) من أفراد العينة يأكلون بشهية فى حالة تعاطيهم للمخدر، وأن نسبة (٨٧٫٥) تنعدم شهيتهم للطعام فى حالة

غياب المخدر، وهذا يؤكد ما سبق أن وجدته الباحثة من نتائج من أن المدمن لا يهتم بأي سلوك سوي تناوله المخدر فقط يهمل كل شيء في سبيل الحصول عليه حتى وإن كانت صحتة، ولذا يعانى معظم المدمنين من الهزال والشحوب والضعف العام والنحافة.

أثر المخدر على الميل لارتكاب الجرائم :

قرر (٦٧ر٦٦٪) من أفراد العينة إن مدمن المخدرات أكثر ميلاً لارتكاب الجرائم دون غيره من غير المدمنين، وقد حدد المدمنين الجرائم التى يرتكبها المدمن كما يوضحها الجدول التالى رقم (١١٠):

جدول رقم (١١٠) يوضح نوع الجرائم التى يقوم المدمن بإرتكابها

نوع الجريمة	ك	٪
سرقة	٤٣	٩٣ر٧٥
إغتصاب	٢٠	٦٢ر٥
نصب	٤٠	٨٣ر٣٣
قتل	٣٥	٧٢ر٥
ضرب	٣٥	٧٢ر٥

وكان المدمنون يجيبون بأن هناك أكثر من جريمة من الممكن للمدمن أن يرتكبها، وتزداد حدة هذا الارتكاب فى حالة عدم وجود المخدر، إذ أن المدمن - تحت وطأة أعراض منع المخدر، وما يشعر به من هم وكدر نتيجة لعدم قدرته على الحصول على جرعته من المخدر - قد يضرب أمه وأفراد أسرته، أويبيع الأثاث فى منزله؛ وقد يسرق صاحب العمل، أو يأخذ رشوة أو ينصب على أحد معارفه وأصدقائه.

فإرتكاب الجرائم عند المدمن هى حالة ضاغطة، تفرضها الرغبة فى الحصول على المخدر، أما جرائم الإغتصاب فإن ما يثيره المخدر من نشاط جنسى ورغبة جنسية بالإضافة إلى ما يعتقده الشخص وما يتوقعه من

المخدر فى زيادة نشاطه الجنسى وإيقاظ غرائزه يزيد من رغبته الجنسية ويدفعه دائماً للتفكير فى إشباع هذه الرغبة بأي طريقة.

الإدمان وأثره على السلوك الجنسى :

أجاب (٥ر٨٢) من أفراد المجموعة أن لهم علاقات جنسية مع الجنس الآخر، بينما أجاب (٥ر١٧٪) من أفراد العينة أنه لم يمارس أي علاقات جنسية طوال حياته، وقد يرجع هذا إلى حداثة سن هذه المجموعة، أو لعدم إتاحة الفرصة لديها فقد قال معظمهم أنهم لم يتعرفوا على إناث يرغبن فى إقامة مثل هذا النوع من العلاقات ولكن (٥ر١٥٪) منهم يقومون بممارسة العادة السرية.

وكانت النتائج تدل على أن (٥ر٥٤٪) من أفراد العينة متزوجون ولهم علاقات جنسية مع نساء أخريات ممن يزاولن البغاء. وأن النسبة الباقية منهم كانت علاقاته الجنسية مقصورة على زوجته.

وعن أداء المجموعة للعملية الجنسية فى حالة التخدير وعدمه كانت إجاباتهم كما يوضحها الجدول التالى رقم (١١١):

جدول رقم (١١١) يوضح أداء المجموعة التجريبية

للعملية الجنسية فى حالة التخدير وعدمه

الأداء	المخدر		بدونه	
	ك	٪	ك	٪
أفضل	٢٩	٨٢ر٨٦	٥	١٤ر٢٩
غير ذلك	٦	١٧ر١٤	٣٠	٨٥ر٧١

وقد قرر(٩٢ر٧٢٪)من أفراد العينة أنهم يقضون وقتاً أطول من العادي فى أداء العملية الجنسية وهم تحت تأثير المخدر، وقد قرر (٨٣ر٢٠٪)

منهم أن المخدر يسبب لهم سرعة فى القذف مما يؤدي إلى قصر المدة عن الحال وهم بدون المخدر.

وبسؤال المدمنين عما إذا كان باستطاعتهم تحديد الوقت الذي يقضونه فى العملية الجنسية وهم تحت تأثير المخدر وبدون المخدر، فكانت إجاباتهم أنهم يشعرون أنهم يمضون ساعات طويلة فى حالة وجود المخدر ولم يستطيعوا تحديد الوقت ولا بالتقريب فى حالة التعاطى، أما فى حالة عدم تعاطى المخدر فقد كان قولهم أن العملية لا تستغرق ثوانى معدودة. ويوضح ذلك ما سبق من نتائج خاصة بالآثار الإدراكية، فالإدمان يفسد الإدراك عند المدمن، كما أن العملية الجنسية تنطوي على مشاعر تتراوح فى اللذة والسعادة والنشوة والمدمن يرغب دائماً أن يظل في هذه الإحساسات لا يخرج منها قط، فيشعر كأن الوقت يمر ساعات أثناء هذه العملية.

وبسؤال المدمنين عن أثر المخدر على الأداء الجنسى كانت إجاباتهم كما يوضحها الجدول التالى رقم (١١٢):

جدول رقم (١١٢) يوضح أثر المخدر على العملية الجنسية

الأثر	ك	٪
زيادة النشاط والمتعة	١٥	٣١٫٢٥
يعطى قوة جنسية	٦	١٢٫٥
ملاطفة الست والتجاوب معها	١٠	٢٠٫٨٣
يطيل مدة الإتصال	٢٠	٤١٫٦٧
يسبب سرعة القذف	٥	١٠٫٤٢
كراهية العملية الجنسية	١٠	٢٠٫٨٣
يسبب الضعف الجنسى	٥	١٠٫٤٢

ويوضح الجدول السابق الآثار التى حددها المدمنون وقد كان الفرد الواحد يجيب بأكثر من أثر، ولكن هناك تناقض فى إدلاء المدمنين لهذه

الآثار بالنسبة للفرد الواحد، فيقول أن المخدر يعطيه قوة جنسية وأيضاً سرعة قذف وضعف جنسي فى وقت واحد.

وقد أجاب (١٧ر٧٩٪) أن أداءهم للعملية الجنسية يختلف وهو فى حالة التخدير عن حالته العادية (بدون مخدر)، وقد قرروا أن مظاهر الإختلاف كانت كما يوضحها الجدول التالى رقم (١١٣):

جدول رقم (١١٣) يوضح مظاهر الإختلاف

فى العملية الجنسية فى حالة التخدير وبدونه

المظهر	ك	٪
قوة فى الأداء	١٤	٢٩ر١٧
زيادة فى المتعة	١٣	٢٧ر٠٨
تجاوب مع الست	٤	٨ر٣٣
طول فى المدة	١٥	٣١ر٢٢
يخفى الحياء	٣	٦ر٢٥
عدم وعى	٦	١٢ز٥
برود وسرعة قذف	٤	٨ر٣٤
ملاطفة الأنثى ومداعبتها	٥	١٠ر٤٢

وقد أجاب (٧٨ر٨٩٪) منهم أنه يوجد تجاوب من السيدة التى يمارس معها العملية فى حالة تعاطيه للمخدر، ويقل هذا التجاوب فى حالة عدم التعاطى. وأجاب (٥ر٩١٪) أنهم يشعرون برغبة أكثر فى الإتصال الجنسى فى حالة تعاطيه المخدر، بينما تقل هذهالرغبة فى حالة عدم تعاطى المخدر.

كذلك أجاب(٧٧ر٠٨٪)أن إدمان المخدرات يؤدي إلى حدوث الضعف الجنسى، بينما أجاب (٢٢ر٩٢٪) أنه لا يؤدي لذلك بل يسبب قوة جنسية.

ومن النتائج السابقة الخاصة بآثار الإدمان على الناحية الجنسية والموضحة فى الجدول من رقم (١١١ إلى رقم ١١٣) يتضح لنا أن أقوال المدمنين فيما يتعلق بأن تعاطى المخدر يسبب إطالة مدة الجماع والشعور بلذتها، إنما هى محاولة من قبل المدمنين لتغطية واقعهم النفسى الأليم بما فيه من قلق وإنقباض، ولما كانت فترة الإتصال الجنسى من الفترات التى تسبب له السعادة والشعور باللذة وتخدير مشاعر القلق والاكتئاب والعجز فإنه يسعى لإطالتها بأي وسيلة حتى يخفف، بها ما يعانيه من مشاعر ضاغطة.

وفيما يتعلق بأثر المخدر على العملية الجنسية فقد أجابوا من ضمن الآثار أن السيدة تشعر بتجاوب ولذة وملاطفة أكثر عندما يكون هو تحت تأثير المخدر، وهذه الإجابة تعتبر نوعاً من التبرير الذي يلجأ إليه الفرد لتغطية سلوكه بغطاء منطقى ومحاولة منه للدفاع عن نفسه، فيعزي السبب فى تناول المخدر إلى رغبة السيدة التى معه لا إلى رغبته هو فيكون الدافع للتعاطى هو المرأة وليس هو ولو كان هذا صحيحاً لكان الإدمان منتشراً بين كل المتزوجين من كل الطبقات والأعمار كرغبة منهم فى التوافق الجنسى والوصول إلى مرتبة عليا من النشوة، ولكن الواقع لا يؤيد ذلك لأن الإدمان منتشر بين المتزوجين وغير المتزوجين من طبقات معينة، وبسمات معينة لهؤلاء المدمنين.

■ **مشكلات المدمنين :**

أجاب (٨٢٫٥٪) من أفراد عينة البحث أنهم يعانون من المشكلات التى لم يستطيعوا تحديد سبب لها، بل أكد معظمهم أنهم وجدوا أنفسهم غارقين فى هذه المشكلات بدون أي إرادة منهم وكأنهم ولدوا بها.

وعن المشكلات التى تدفع الناس إلى تعاطى المخدرات كانت كالآتى كما قررها أفراد عينة البحث: الأمراض، مشكلات مع الأهل، نسيان

الهموم، الجنس، الفقر، أصدقاء السوء، مشكلات فى العمل، البيئة المحيطة، مداراة النقص، التقليد.

علاقة المدمن بأسرته :

- **العلاقة بالوالد :**

أجاب (١٥٪) من أفراد العينة أنهم لم يروا آباءهم وذلك لوفاة الأب منذ صغرهم. بينما أجاب (٣٥٫٤٪) أن والدهم منفصل عن والدتهم ومتزوج بغيرها وليس لهم أية علاقة بوالدهم. وأجاب الباقون بأنه لا يوجد أي تفاعل عاطفى بينهم وبين والدهم، فيما عدا (٨٪) من أفراد البحث أجابوا بأن علاقاتهم بوالدهم يشوبها كل حب وأظهروا ذلك الحب بقولهم (ده أبويا هو اللى بيجيب لى المخدرات) فأصبح موضوع الحب والإهتمام لديهم هو المخدر.

- **العلاقة بالوالدة :**

أجاب (١٧٪) منهم أنهم لم يروا والدتهم ولم يتعاملوا معها، بينما أجاب (٢٩٪) أن والدتهم منفصلة عن الوالد ولا يراها لزواجها من غير أبيه، وقد أوضح الكثيرين ضيقهم بسبب زواج أمهم من آخر وعبروا عن ضيقهم هذا برغبتهم فى التخلص منها. بينما أجاب ٥٠٪ منهم أن علاقاتهم بوالدتهم عادية جداً.

طريقة معالجة المدمن للمشاكل التى تقابله :

وقد قرر أفراد العينة إجابات مختلفة فيما يتعلق بمعاملاتهم للمشكلات التى تصادفهم وذلك بقولهم: (أنا ماليش دعوة بالمشاكل، أحاول أنساها وأن آخذ مخدر يبعدنى عنها، أنا مش بستحمل المشاكل، أفكر وأحاول أحلها، أخلى واحد كبير يحلها لى، لو السبب فى المشكلة أبنى هضربه ولا حتى أموته، ولو شخص كبير زي والدي هاخده على أد عقله).

ويتضح من الإجابات السابقة الخاصة بالتعامل مع المشكلات، ما يتميز به المدمن من إنسحابية وتعامل سلبى مع الواقع الذي يعيش فيه، وعدم قدرة على تحمل المشاكل والمتاعب والظروف الضاغطة، وإستخدام المخدر كوسيلة تكيفية بدلاً من إقتحام الواقع ومحاولة التكيف معه والشعور بالدونية والعجز وعدم القدرة على مواجهة الواقع بما فيه من متاعب فيلجأ إلى المخدر كوسيلة دفاعية.

وقد قرر (٧٥٪) من أفراد العينة أن والدهم أو أحد أقاربهم يتناولون المخدرات المختلفة.

سمات شخصية المدمن كما توضحها نتائج المقابلة :

- الانقياد والانصياع لأوامر الجماعة.
- السلبية فى التعامل مع الواقع.
- الاتكالية.
- الجمود.
- عدم القدرة على تحمل الآلام والمتاعب والظروف الضاغطة.
- عدم القدرة على إرجاء رغباته وغرائزه ومطالبه.
- وجودهم فى بيئات تتميز بالانحطاط الإجتماعى، والتفكك الأسري، وإنتشار العادات السلوكية الشاذة.
- تشوش الإدراك وفساد بعض العمليات العقلية كالتذكر والإحساس البصري، السمعى، والذوقى ..إلخ.
- إضطراب التفكير وجموده، وإنحطاطه.
- إضطرابات الذاكرة.
- التردد فى التصرفات والخوف والتشكك والافتقار إلى المبادأة.
- التوتر وعدم القدرة على التوفيق بين رغباته وواقعه.

- الإنسحاب من الواقع والهروب.
- ضعف قدرته على العمل وإنعدامها فى بعض الأحيان.
- الأرق والهزال وفقد الشهية للطعام.
- الميل إلى إرتكاب الجرائم.
- الإضطراب الجنسى.
- التفكك الأسري وإنعدام القيم فى بيئته الأسرية، وخروجهم من بيئات تتميز بالفقر، وإمتهان مهن لا تحتاج إلى مهارة فنية.
- الشعور بالعجز والنقص والدونية وإستخدام الحيل الدفاعية لمداراة ما يقوم به من سلوك شاذ.
- عدم القدرة على إقامة علاقات إجتماعية سليمة.
- عدم القدرة على التعامل بإيجابية مع من حوله.

الفصل السادس

تفسير النتائج

■ تفسير نتائج الفروض:

- تفسير النتائج الخاصة بالفرض الأول.
- تفسير النتائج الخاصة بالفرض الثانى.

■ أثر الإدمان على السلوك:

- أثر الإدمان علي بعض مظاهر السلوك العقلى.
- أثر الإدمان على إنتاجية المدمن.
- أثر الإدمان على السلوك الجنسى.
- أثر الإدمان على السلوك الاجرامى.
- أثر الإدمان على بعض أوجه السلوك الانفعالى.
- خاتمة البحث.
- ملخص البحث.

تعرضت الباحثة فى هذا الفصل لتفسير النتائج التى توصل إليها البحث فى ضوء الفروض الخاصة بالبحث،ثم يلى ذلك وصف لآثار الإدمان على بعض النواحى السلوكية كما أظهرها البحث الحالي والبحوث السابقة، ثم خاتمة البحث متضمنة سمات شخصية المدمن فى هذا البحث، وما يسفر عنه البحث من البحوث مستقبلة وأخيراً ملخص البحث.

أولاً - تفسير النتائج على ضوء الفروض :.

(أ) بالنسبة للفرض الأول والقائل بأن انخفاض بعض القدرات العقلية أكثر شيوعاً لدي مدمنى المخدرات عن غير المدمنين، فقد تبين من النتائج أن المدمنين فى هذا البحث يعانون من ضعف الذكاء وكان متوسط درجات ذكائهم (٨٦ر٨١) بانحراف معياري قدره (١٦ر٠٩) (جدول رقم ٤٠). ويدل هذا المتوسط على مستوي ذكاء منخفض وادنى من المتوسط وذلك كما يوضحه مبيان المعايير الخاصة بالاختيار المستخدم فى الدراسة. وقد يرجع هذا الانخفاض فى الذكاء إلى عوامل أخري غير الإدمان منها إنتماء عينة المدمنين إلى بيئات اجتماعية دنيا، وامتنانهم لوظائف لا تحتاج إلى مستوي عال من الذكاء، وكذلك معاناة كل أفراد العينة من الأمية، وكان متوسط العمر الزمنى لأفراد العينة المدمنة (٤١ سنة) أي أن نسبة الذكاء لديهم بدأت فى التدهور نتيجة لتقدمهم فى العمر، ولذا كانت لمقارنة المجموعة المدمنة بمجموعة أخري غير مدمنة توازيها من حيث الجنس والسن والمستوي الاجتماعى والاقتصادي أثره فى توضيح صحة هذه النتائج، وقد أيدت نتائج المقارنة صحة هذا الفرض أيضاً، حيث كان متوسط نسبة ذكاء المجموعة الضابطة وهى مجموعة غير مدمنة على المخدرات (١٠٤ر٨٧) بانحراف معياري قدره (٩ر٥٥) درجة، وقد أوضحت نتائج التحليل الاحصائى وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوي

ثقة ١٠ر. بين نسبة ذكاء المجموعة التجريبية والضابطة لصالح المجموعة الضابطة. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج بعض الدراسات مثل فوجل زماربنيستواندر وديهل حيث اكدا في بحوثهم أن الإدمان يسبب تدهوراً في كفاءة الوظائف العقلية. وأيضاً تتفق معهم النتائج التى ذهب إليها كوبرا وكوبرا Copera & Copera فى دراستهما لمجموعة من مدمنى الحشيش فى الهند، حيث وجدوا أن الغالبية من مدمنى المخدرات يتصفون بالغباء والضعف العقلى. وكذلك دراسة روزنبرج Rozenberg وايفنسون Evenson حيث اكدا أن مدمنى المخدرات ينتمون إلى فئات ذكاء القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ودراسة سعد المغربى عن سيكولوجية تعاطى المخدرات إلا أن الباحثة تري إنه ليس من المستطاع تعميم هذه النتيجة على كل مدمنى المخدرات، وذلك لعدة أسباب منها:

١ - أن نسبة ذكاء مدمنى المخدرات كانت مجهولة للباحثة قبل بداية الإدمان.

٢ - إنتماء معظم المدمنين فى عينة بحثها إلى فئات اجتماعية دنيا، وكذلك إلي فئات تعليمية دنيا إذ كانت كل العينة تعانى من الأمية، وقد أثبتت الكثير من الدراسات عن وجود علاقة كبيرة بين الذكاء والتحصيل.

٣ - بالرغم من نتائج الدراسات التى تؤكد أن مدمنى المخدرات ينتمون إلى فئات ذكاء دنيا إلا أنه لا توجد بحوث تناولت العلاقة بين الإدمان والذكاء وذلك من حيث العلاقة بين نسبة ذكاء أشخاص آخرين لديهم استعداد للإدمان.

٤ - لا توجد دراسات تناولت العلاقة بين الذكاء والإدمان من حيث ما تسببه الإدمان من تلف فى الجهاز العصبى المركزي ونسب ذكاء أشخاص آخرين لديهم استعداد للإدمان.

٥ - هناك الكثير من الدراسات التى أكدت على انتشار إدمان

المخدرات بين إناس ينتمون إلى فئات ذكاء عليا ومنها طلاب الجامعة، والأطباء والذين يعملون فى المهن العليا ولذلك لا تستطيع الباحثة تعميم صحة فرضها فى أن الإدمان مرتبط بضعف الذكاء ولكن تستطيع أن تقصر هذه النتيجة على المدمنين فى مدينة الإسكندرية والتى تمثلهم عينة البحث الحالى.

(ب) بالنسبة لسمة القدرة على التفكير الابتكاري :

نتائج الأصالة :

وكانت نتائج اختبار الأصالة كأحد الاختبارات التى تقيس القدرة على التفكير الابتكاري، قد أوضحت النتائج أن المتوسط الحسابى لدرجات المجموعة التجريبيةعلى اختبار الأصالة الذي يقيس هذه القدرة (٩٦ر٥) مقابل (١٣ر١٢) للمجموعة الضابطة جدول رقم (٤٩) وبعمل التحليلات الاحصائية لهذه النتائج أوضحت نتائج تحليل التباين وقيمة «ت» وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين عند مستوي دلالة ٠١ر (جداول ٥٠ر٥١) ولم تجد الباحثة أية دراسات قد تناولت هذه القدرة فى علاقتها بالإدمان، ولكن أشارت معظم الدراسات إلى أن الإدمان يفسد الوظائف العقلية عامة، وإصابة المدمنين بتدهور عقلى. ولما كان الابتكار أو القدرة على التفاعل السوي مع البيئة والوئام مع النفس. ومن سمات الشخص الذي يتميز بالقدرة الابتكارية عموماً أنه يستطيع أن يحيا متعاوناً على أساس المساهمة المتبادلة مع الآخرين، ويجد فى ذلك إرضاء لحاجاته العديدة وتحقيقاً لتطلعاته والابتكار هو أسمى ما يسعى إليه الفرد من أهداف. فقد وجدت الباحثة من نتائج تطبيقها لاستمارة المقابلة ومقاييس الشخصية، انعدام سمات الشخص المبتكر وعدم توافرها لدي المدمن فالمدمن منسحب من الواقع الذي يعيش فيه غير قادر على التعاون مع الآخرين ولا يساهم معهم فى شىء منصرف عنهم إلي دنياه التى خلقها له المخدر وكل ما يطمع المدمن فى تحقيقه هو

الوصول إلى المخدر والحفاظ على استمراره بأية وسيلة. وهو يتفاعل مع بيئته تفاعلاً شاذاً من خلال المخدر فهو لا يعمل وينتج إلا فى حالة تعاطيه للمخدر. وتري الباحثة أن هذا الانخفاض فى القدرة الابتكارية قد يكون سمة مميزة لهم قبل إدمانهم المخدرات، حيث أنهم ينتمون إلى بيئات عاجزة عن تحقيق رغباتهم، كما أنهم يعانون من الأمية حيث أثبتت الدراسات وجود علاقة بين الابتكار والتحصيل، ونتيجة لما يعانونه من اضطرابات فى شخصياتهم، مثل انخفاض مستوي الطموح وانعدام الهدف فى الحياة، إلى جانب أن الإدمان يؤدي إلى ضعف الوظائف العقلية، وخلل فى أداء الجهاز العصبى المركزي.

(جـ) نتائج المرونة التلقائية :

وقد أوضحت النتائج أن المتوسط الحسابى للمجموعة التجريبية على اختبار الاستعمالات الذي يقيس المرونة التلقائية (٦٥ر٧) مقابل (٠٨ر١٤) للمجموعة الضابطة جدول رقم(٤٦) والتى تماثل المجموعة التجريبية من حيث السن والجنس والمستوي الاجتماعى الاقتصادي، وقد أوضحت نتائج التحليلات الاحصائية وجود فروق جهرية ذات دلالة احصائية بين المجموعتين فى هذه القدرة عند مستوي دلالة ٠١ر٠.

(د) نتائج الطلاقة الفكرية :

فقد أوضحت النتائج أن المتوسط الحسابى لدرجات المجموعة التجريبية على اختبار الطلاقة الفكرية كانت(٢٥ر٢٠) مقابل(٨٨ر٣٥) للمجموعة الضابطة(جدولرقم٤٣) وقدأوضحتنتائجالتحليلات الاحصائية(جدول رقم٤٤، ٤٥) وجود فروق جوهرية ذات دلالة احصائية عند مستوي دلالة ٠١ر بين المجموعتين. وبذلك تشير النتائج إلى وجود فروق فى القدرة على التفكير الابتكاري بين المدمنين على المخدرات وغيرهم من غير المدمنين، نتيجة لما يسببه لهم الإدمان من اضطرابات وظيفية تسبب خللاً فى وظائف المخ، وما فى شخصياتهم من اضطرابات

تحول بينهم وبين التكيف والتفاعل السوي مع البيئة المحيطة بهم، وما ينتمون إليه من بيئات تساعد على ظهور هذه الاضطرابات النفسية الكامنة، لما تحويه من عجز وفقر حرمان وصور الانحرافات السلوكية المختلفة.

وفيما يتعلق بالفرض الثانى والقائل بأن هناك علاقة طردية بين إنخفاض المستوي الاجتماعى الاقتصادى وإدمان المخدرات. فقد أوضحت الدراسة من خلال نتائج المقابلة ونتائج تطبيق الاستمارة التى تقيس هذا المستوي ما يأتى:

١ - معاناة معظم مدمنى البحث من الأمية.

٢ - معظمهم يمارسون مهن يدوية بسيطة ودنيا.

٣ - إنخفاض الدخل الشهري.

٤ - إرتفاع معدل التزاحم لديهم.

٥ - ولدوا لآباء وأمهات يعانون من الأمية.

٦ - ينتمى اباؤهم إلى مهن يدوية دنيا.

٧ - يسكنون فى أحياء تتسم بالفقراء والازدراء.

٨ - يتزوجون من زوجات تعانين من الأمية وانخفاض المستوي الاجتماعى.

٩ - لا يهتمون بتعليم أولادهم ولا توجيههم للمهن العليا.

١٠ - يزداد بينهم تعدد الزوجات والطلاق والهجر لمسكن الزوجية.

١١ - ينتمون إلى أسر يزداد فيها التفكك والانفصال.

وقد أوضح هندن Henden فى دراسته أن للفقر أثراً على حدوث الإدمان ، ويري أن الإدمان ما هو إلا عملية تكيفية مع الواقع الاجتماعى الاقتصادي. وكذلك أشارت دراسة جبزبنرج لمجموعة من مدمنى المخدرات

أنهم ينتمون إلى أسر من الطبقة العاملة التى تعانى من الفقر والحرمان وقد أوضحت دراسة سعد زغلول المغربى، ودراسة المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية إنتماء مدمنى المخدرات إلى بيئات تعانى من الأمية والجهل والفقر والحرمان. وأوضح راثود Rathod فى دراسته أن نسبة كبيرة من المدمنين لهم وضع خاص فى الأسرة كأن يكون الطفل الوحيد أو المدلل، كما أن هذه الأسرة ليس لها آباء، وإن وجدوا فهم مطلقون أو سكيرون أو مرضى عقليين(١)؛ وبالرغم من ذلك إلا أن هناك الكثير من الدراسات التى أشارت إلى الإدمان بين الطبقات الاجتماعية المختلفة وعدم اقتصاره على طبقة معينة أو دنيا، ومنها دراسة ونك Wi-nick التى أثبتت انتشار الإدمان على العقاقير بين الأطباء وقد عزا هذه النتائج إلى ما يعانيه الأطباء من آلام ناتجة عن العمل الزائد، والأرق، ومستوي الطموح، والزوجات. كما أوضح هربرت هندن فى بحثه على الطلاب الدراسات العليا المدمنين للمخدرات أن الصراعات التى يعايشها هؤلاء الطلاب إنما هى صراعات تدور حول المنافسة والنجتح والفشل فى الحياة، وأن واقعهم المحيط الملىء بالصراعات والمنافسة والفشل هو الدافع لإدمانهم.

وتري الباحثة أن إدمان المخدرات قد بدأ أو ظهر فى الطبقات الاجتماعية الدنيا نتيجة لما تعانيه الطبقات من عجز فى الوصول إلى الهدف، وعدم قدرتها على الوصول إلى الطبقات العليا بما يملكونه من مصادر للثروة وغيرها...، فيصابون بالاحباط والاكتئاب نتيجة لفشلهم والذي يكون دافعاً وراء سعيهم لشىء يخفف من هذه الآلام المبغضة ويكون طريقهم إلى المخدر، ولما كان الإدمان يرتبط إرتباطاً وثيقاً باضطرابات الشخصية وأن هذه الاضطرابات شائعة بين أبناء الطبقات الدنيا لما يعانونه من عجز وحرمان، فهى موجودة أيضاً فى المجتمعات المتقدمة لما تعاشيه هذه المجتمعات من صراعات تدور حول المنافسة

والفشل والنجاح والطموح تقدم تكنولوچى يساعد على إتساع هذه الصراعات، وبازدياد التقدم يزداد الصرع والمنافسة، وذلك يؤدي بأبناء هذه الطبقة إلى رفض هذه المشاعر المؤلمة الناتجة من الصراع، ويتجهون إلى ما يحقق لهم الراحة بعد العناء وما يخفف من حدة هذه المشاعر فيلجأون للمخدر كوسيلة فى ذلك.

وبذلك يرجع الإدمان إلى اضطراب كامن فى شخصية الفرد وأن العوامل الاجتماعية ما هى إلا عوامل مهيئة أو مساعدة لظهور هذه الاضطرابات الكامنة على شكل سلوك شاذ، ويحدد نوع هذا السلوك المجتمع الذي يعيش فيه الفرد فيظهر تأثير البيئة فى تحديد نوع الانحراف، فإذا كانت بيئة ينتشر فيها الإدمان على المخدرات إندماج فيها الفرد المحبط والذي يعانى من الاضطرابات فإدمان المخدرات يوجد فى معظم المجتمعات ويختلف بإختلاف المجتمع والبيئات الثقافية والحضارية من حيث خصائص المخدر ونوعه وطرق تعاطيه وأساليبه.

ثانياً: بالنسبة للفرض الثالث الذي يقول بأن هناك فروقاً ذات دلالة احصائية لبعض سمات الشخصية بين مدمنى المخدرات وغيرهم من غير المدمنين، وقد تم قياس بعض المتغيرات هى:

(أ) بالنسبة لمتغير السيكوباتية: فقد أوضحت النمتائج أن متوسط المجموعة التجريبية على مقياس السيكوباتية (٢١ر٢٨) كان يفوق متوسط المجموعة الضابطة(٤٤ر١٧) وكان هناك فرق ذو دلالة احصائية عند مستوي ١٠ر جدول رقم (٦٥، ٦٦)، وفقاً للاختبار المستخدم فى الدراسة، فان الذين يحصلون على درجات عالية فى هذا الاختبار يتصفون بنقص الاستجابة الانفعالية العميقة، وعدم القدرة على الاستفادة من الخبرة، والكذب، والسرقة، وإدمان المخدرات والكحوليات، والاصطدام بالقانون والمعايير الاجتماعية والاخلاقية، ويمرون بفترات من الانقباض وخاصة بعد وقوعهم فى الازمات التى يتعرضون لها.

وإذا كان السلوك السيكوباتى يتسم بالاندفاعية واللا اجتماعية، ويعتمد على أولوية القيم القصيرة الأجل، ولا يستطيع ارجاء مطالبة العاجلة، وعدم الاستفادة من التجارب السابقة، واللا مبالاه بمعايير المجتمع وقيمه وعاداته، فقد وجدت الباحثة من نتائج المقابلة أن هذه السمات هى أهم ما يميز سلوك مدمن المخدرات، فكل ما يسعى إليه هو الحصول على المخدر بأية وسيلة فالمخدر هو الموضوع الوحيد الذي يدور حوله تفكيره وسلوكه. ولما كانت شخصية المدمن العائد من الشخصيات التى تتميز بالسيكوباتية فإننا نجد توافر هذه السمة بكثرة لدي مدمنى المخدرات، فالمدمن قد ينال عقاباً بالسجن أو الغرامة أو الايداع فى أحد المصحات النفسية ولكنه لا يبالى بهذا العقاب وسرعان ما يرجع للمخدر بعد إنتهاء مدة العقاب وأحياناً فى أثنائها إذا توافر له الحصول على المخدر، ولا يفكر المدمن فى الامتناع عن المخدر إلا إذا دفع إلى ذلك دفعاً بأن يصاب بتدهور صحى ومالى. وهناك الكثيرون من المدمنين يرتكبون سرقات وجرائم أخري لكى يشبعوا رغباتهم فى المخدر دون تفكير فيما سيجلبه عليهم هذا السلوك من عواقب. وبما أن السيكوباتى يلجأ إلى طرق ووسائل خارجية فى تعامله مع صراعاته وحلها، فهو يعمد إلى تغيير البيئة بما يتفق مع رغباته ودوافعه. فإن ذلك يبدو واضحاً فى سلوك المدمن للمخدرات فهو يهرب من مواجهة واقعه إلى المخدرات الذي يمنحه شعوراً بالانبساط و (الفرفشة) ويعكس هذا الشعور رغبته فى التحرر من الواقع الاليم الذي يعيش فيه المدمن بما يتفق ورغباته الخاصة، كما أن المدمن يصب عدوانه على البيئة الخارجية ويتضح ذلك فى هروب المدمن من مسئولياته وارتكابه لسلوك يتنافى مع قيم المجتمع وعاداته ويسبب هذا السلوك ضرورا مباشراً للمجتمع حيث ينتج عنه ضعف إنتاجية المجتمع وإنهيار القوي البشرية فيه، وخلق جيل ضعيف سيكولوچيا وأخلاقياً متمثل فى أسرته وأبنائه ومن اشخاص ينقادون له

ويقلدون سلوكه، إذ أوضحت الكثير من الدراسات أن وجود شخص مدمن واحد في مجتمع كفيل بنقل عدوي الإدمان إلى الآخرين.

وبذلك يمكن القول بأن الاعراض السيكوباتية أكثر وضوحاً وتميزاً لدي مدمني المخدرات عن غيرهم وأن سلوك مدمن المخدرات يتسم بالسيكوباتية التي يتميز بها كعرض أساسي في شخصيته، وقد أكد ذلك نتائج الابحاث التي تؤكد وجود السيكوباتية كسمة مميزة لسلوك مدمني المخدرات، مثل دراسة «جن سميث» Gen Smith نايت Knight ودراسة هيكيمان وجرشون Hekiman & Gershon ودراسة «ايلينوود» El- linwood ودراسة ايستون Easton حيث اكدوا جميعاً أن مدمني المخدرات تشيع بينهم الانحرافات السيكوباتية، وعادة ما يكونوا ذوي شخصية سيكوباتية.

(ب) بالنسبة لمتغير الاكتئاب: فقد أوضحت الدراسة أن المتوسط الحسابي لدرجات المدمنين على مقياس الاكتئاب من اختبار الشخصية المتعدد الاوجه (٢٨ر٤٤) مقابل (١١ر٢٠) للمجموعة الضابطة وقد أوضحت النتائج الاحصائية وجود فروق جوهرية وذات دلالة احصائية عند مستوي دلالة ١٠ر بين متوسطات المجموعتين.

وإذا كان الاكتئاب هو الشعور بالعجز واليأس وعدم القدرة على النظر إلى المستقبل نظرة متفائلة، ونقص في الثقة بالنفس، وضيق في الاهتمامات وانطواء ونزوع إلي القلق، وكذلك ضيق يصيب النفس وكساد في القوي الحيوية والحركية.فإن نتائج المقابلة في البحث الحالي قد أوضحت وجود هذه السمات وانتشارها بين مدمني المخدرات من أفراد البحث إلى جانب نتائج المقاييس السابقة من اختبار الشخصية المتعدد الاوجه، فقد أوضحت النتاذج أن المدمن يعاني دائماً من عجز عن مواجهة واقعة وتنتابه دائماً مشاعر القلق نتيجة لما يعانيه من عجز وعدم القدرة على العمل في حالة غياب المخدر. وقد أرجع معظم المدمنين سبب

إدمانهم إلى ما يعانونه من مشاعر إكتئابية تزول بتناول المخدر ولكنها تعاود الظهور مرة أخري في حالة غياب المخدر مما يدفع المدمن إلى الاستمرار في التعاطى لتجنب هذه المشاعر، ويعتبر الاكتئاب سمة مميزة لمدمني المخدرات، وقد يكون هذا الاكتئاب ملازماً له قبل تعرضه لخبرة الإدمان ويكون ناتجاً عن الاستمرار في إدمان المخدرات حيث ينتاب المدمن نوبات من اليأس والقلق نتيجة لما يقوم به من سلوك. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الكثير من البحوث والدراسات حيث أوضح سعد المغربي في دراسته عن تعاطى الحشيش شيوع الاعراض الاكتئابية لدي مدمنى الحشيش ووصف المدمن بأنه يعانى من انخفاض الروح المعنوية مع الشعور باليأس والعجز عن النظر إلى المستقبل نظرة عادية متفائلة وذلك من واقع تطبيقه لمقياس الاكتئاب من اختبار الشخصية المتعدد الاوجه، ودراسة لتاريخ حالة بعض المدمنين والتى أوضحت خلو حياتهم من المعنى والخطة والهدف الواضح المرسوم، واتسامهم بالتشاؤم واليأس وضعف البصيرة. وقد اتفق معه فاروق عبد السلام في دراسته عن بعض المتغيرات النفسية لمدمنى الأفيون . وكذلك أوضح رشاد كفافي في دراسته عن سيكولوجية حال اشتهار المخدر لدي مدمنى المخدرات أن البناء النفسى لمتعاطى الحشيش قريب من البناء النفسى لمرضى الاكتئاب وعدم قدرة المدمن على التعامل مع الواقع وإقامة علاقات إنسانية ناجحة ودراسات كل من فوجل Vogel وماري نيسواندر Mary Nyswander وديهل Dihell حيث وصفوا شخصية مدمن المخدرات بالانهباطية والاكتئاب وضعف الإراد). وقد وصف ايستون Easton المدمنين في دراسته بأنهم يعانون من نوبات اكتئابية مشاعر الملل . وفي الدراسة التى أجراها ايفينسون Evenson على عينة من المسجونات المدمنات للمخدرات وطبق عليهن اختبار الشخصية المتعدد الاوجه، وقارن أداء المسجونات المدمنات بأداء المسجونات غير المدمنات بعد ضبطه لمتغيرات السن والجنس والذكاء، أثبتت الدراسة شيوع الأعراض

الاكتئابية لدي المسجونات المدمنات وشعورهن بالانقباض وانهباط الروح المعنوية. وكذلك أكد هيكيمان وجرشون Hikiman and Greshon إن مدمنى المخدرات المختلفة مضطربون إنفعالياً ويعانون من الاكتئاب، وتناول المخدر عادة ما يكون رغبة منهم في التخلص من هذه المشاعر الاكتئابية. وقد بين لاسكوتز Laswitz في دراساته عام ٦١، ٦٣، ٦٥، أن المراهقين المدمنين للمخدرات ذوي شخصية إنعزالية اجتماعياً: ويعانون من مشاعر عنيفة من عدم الاتساق، وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية ناجحة.

وبذلك يكون الاكتئاب وما يتضمنه من أعراض مختلفة من أكثر السمات المميزة لشخصيات مدمنى المخدرات وتنتشر بينهم هذه السمة بدرجة تفوق وجودها لدي الاشخاص العاديين.

(جـ) بالنسبة لمتغير الهستيريا :

فقد أوضحت نتائج البحث أن متوسط درجات المجموعة المدمنة على المخدرات فى هذا المقياس (٢٧٫٧٣) مقابل (١٩٫٩٢) للمجموعة غير المدمنة جدول رقم . وقد أوضحت نتائج التحليل الاحصائى وجود فرق ذي دلالة احصائية عند مستوي دلالة ٠١ر بين العينتين فى هذه السمة، مما يشير إلى شيوع هذا النوع من الاضطرابات العصابية لدي مدمنى المخدرات فى هذا البحث. ولما كانت الهستيريا هى: الصراع الانفعالى المتميز بنقص النضج والاندناع والاتكالية، والقابلية للايحاء والتقلب الانفعالى، ففد أوضحت نتائج المقابلة والمقاييس الأخري من هذا الاختبار (الشخصية المتعدد الأوجه) شيوع هذه الأعراض لدي مدمنى المخدرات فى هذا البحث، فالمدمن يعانى من عدم النضج الانفعالى وتتغير حالته الانفعالية تبعاً لوجود المخدر أو عدمه فهو يشعر بالمرح والانبساط نتيجة لتعاطى المخدر وتغيب هذه المشاعر بزوال الحالة التخديرية، كما تتميز شخصيته بالانصياع والاتكالية فقد أوضح كثير من المدمنين أن السبب

فى إدمانهم هو أصدقاؤهم، كما أنهم السبب أسضاً فى الاستمرار فى التعاطى. والمدمن غير المكيف مع الواقع ولكنه يتخذ من المخدر وسيلة للتوفيق بينه وبين هذا الواقع إلى جانب إتخاذه الأعراض الهستيرية كوسيلة للتكيف إذ يعتبر العرض الهستيري على الرغم من شذوذه ضرباً من ضروب التكيف الناقص مع الواقع.

وبذلك يدل البحث الحالى على شيوع الاعراض الهستيرية كسمة مميزة لمدمنى المخدرات فى هذا البحث ولكن الباحثة لا تستطيع الجزم بذلك نتيجة لما يأتى:

- قد تكون هذه الأعراض بينهم ناتجة عن تواجدهم فى بيئات يشيع فيها الانحرافات والاضطرابات المفسية، ونتيجة لما فى نفس المدمن من قصور وعجز وقابلية للإيحاء والاستهواء فهو يندفع فى تقليد سلوك إقرانه من هذه البيئات وقد يتسم سلوك البعض منهم بالهستيريا أو أعراضها أو أي إضطراب نفسى آخر.

- استمرار الفرد فى تعاطيه للمخدر يسبب له الإدمان الذي يزيد من نسبة شذوذه فيصبح الأنا لديه أكثر تدهوراً وضعفاً ويزداد سلوكهم اعتمادية واتكالية وينهار بنيانهم الشخصى، وقد أكدت ذلك ماري نيسواندر بقولها «إن إحساس المدمن الزائف» بالقوة والاقتدار الناتج من تأثير المخدر الذي يسهم بشكل خطير فى زيادة انهيارهم وانحرافهم وشدة تعقلهم بالعقار. ولم تجد الباحثة من الدراسات ما يشير إلى وجود هذا النوع من الاضطراب النفسى لدي مدمنى المخدرات ولكن أشارت الدراسات إلى شيوع الاضطرابات العصابية بوجه عام لدي مدمنى المخدرات ومن هذه الدراسات دراسة سعد زغلول المغربى حين أوضح أن عينة المتعاطين للحشيش قد حصلت على درجات عالية فى مقياس الهستيريا. وكذلك دراسة فاروق عبد السلام الذى أكد فى نتائج بحثه على وجود مظاهر السلوك السيكوباتى والميول العصابية لدي مدمنى

الأفيون. ولكن الدراسات الاجنبية معظمها أوضح وجود ميول عصابية عامة وعللت وجود هذه الأعراض بوجود السمات السوسيوباتية وأكدت هذه الدراسات على إرتباط السمات العصابية لدي المدمنين إرتباطاً وثيقاً بالسمات السوسيوباتية (*) المتعلقة بالإدمان.

(د) بالنسبة لمتغير توهم المرض:

فقد أثبتت النتائج أن متوسط درجات المجموعة التجريبية (٤٦ر١٩)، مقابل (٤٠ر١٠) متوسط درجات المجموعة الضابطة وقد أوضحت نتائج التحليلات الاحصائية (جدول رقم ٥٦، ٥٧) وجود فروق ذات دلالة ١٠ر بين المجموعتين فى هذه السمة. ولما كان توهم المرض هو القلق الزائد على الصحة والذي لا يستند إلى سبب، فيشكو الفرد غالباً من آلام واصطرابات يصعب تبينها، ولا يوجد لها أساس عضوي واضح. ومن خصائص الشخص المتوهم للمرض أن يكون غير قادر على معالجة مشكلات الراشدين ولا يستجيب لها باستبصار كافى. ولم تجد الباحثة أيا من الدراسات التى تشير إلى وجود هذه السمة بصفة خاصة لدي المدمنين ولكنها أشارت إلى وجود الاضطرابات العصابية بصفة عامة دون تحديد لهذه الاضطرابات. وقد أثبت البحث الحالى وجود هذه السمة لدي عينة البحث من مدمنى المخدرات إستناداً على نتائج المقياس المستخدم فى ذلك إلى جانب نتائج المقابلة. إذ كان المدمن دائماً ما يشير إلى أن إستمراره فى تعاطى المخدر ناتج عن ما يشعر به من آلام مختلفة فكان دائماً يشكو من آلام غير واضحة مثل الآلام الصدرية وصداع مستمر وآلام فى العظام والمفاصل ونزلات البرد المستمر..إلخ. إلا أن هذه الأمراض لم تكن إلا بمثابة قناع زائف لتبرير ما يقومون به من سلوك

(*) السوسيوباتية : هي الشخصية المريضة اجتماعياً والتي تنحصر اضطراباتها في مجال علاقاتها الاجتماعية، وخاصة الشخصية اللاجتماعية أو المعادية للمجتمع أو الشاذة جنسياً.

يرفضه المجتمع، ومحاولة للتكيف مع هذا الواقع الذي يعيشون فيه. كما أوضحت نتائج المقابلة أن المدمن لا يستجيب لواقعه وما يعتريه من مشكلات استجابة ناضجة ولكنه منسحب من هذا الواقع ودائم الهروب من مشكلاته ومثيراتها واجداً فى المخدر وسيلته فى ذلك.

ولذلك تجد الباحثة أن توهم المرض سمة من سمات شخصية المدمن فى هذا البحث، فقد يكون هذا العرض موجوداً لديهم من قبل الإدمان ونتيجة لضعف الأنا لديهم ونقص نضجهم فإنهم يلجأون للمخدر كوسيلة للقضاء على هذه الآلام، أو قد تنتج هذه السمة بعد الإدمان لما يعانونه من أعراض عندما ينقطعون عن المخدر ويغالون فى وصف هذه الأعراض لتكون بمثابة تبرير لعودتهم لسلوك تعاطى المخدرات.

(هـ) بالنسبة لمتغير مستوي الطموح:

فقد جاءت نتائج الدراسة توضح أن متوسط درجات المجموعة التجريبية على استبيان مستوي الطموح المستخدم فى الدراسة (٣٤٫٦٩) مقابل (٥٢٫٧٩) للمجموعة الضابطة (جدول رقم ٦٧). وقد أوضحت نتائج التحليلات الاحصائية عن وجود فروق بين المجموعتين وكانت هذه الفروق دالة عند مستوي دلالة ٠١ر ولما كان مستوي الطموح هو السمة التى تميز بين الأفراد فى الوصول إلى مستوي معين يتفق والتكوين النفسى للفرد ويتحدد حسب خبرات النجاح والفشل التى مر بها، فقد أوضحت نتائج المقابلة للمجموعة التجريبية إنهم ليس لهم هدف فى الحياة وأن خبراتهم تتراوح بين الفشل والاحباط نتيجة لعجزهم عن التكيف مع الواقع المحيط بهم، لما يحتويه الواقع الاجتماعى من حرمان وفقر إلى جانب إتسامهم بالاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب الذي ينطوي على التشاؤم وعدم القدرة على النظر إلى المستقبل نظرة تفاؤلية وانخفاض الروح المعنوية بينهم، وكذلك الأعراض الهستيرية من اتكالية وقابلية للإيحاء، فالباحثة تري أن هذه الاضطرابات بمثابة عوامل مساعدة

علـى انخفـاض مسـتـوي الطـموح لديـهـم، وقـد يكـون هـذا الانـخفـاض فـى مـسـتـوي الـطـمـوح مـوجـوداً قـبـل الإدمـان نـتـيـجـة لـلـظـروف الاقـتـصـاديـة والاجتماعيـة، حيث أكدت كاميلياعبد الفتاح فى كتابها مستوي الطموح والـشـخـصـيـة عـلـى أن دراسـات جـولـد Gold قـد أظـهـرت أن لـلـظـروف الاجـتـمـاعـيـة والاقـتـصـاديـة المقبـولـة نـسـبـيـاً تـأثـيـراً عـلـى مـسـتـوي طـمـوح الأفراد، فقد كانت درجات اختيارهم للأهداف ضعيفة نسبياً (سواء سالبة أو موجبة) وذلك بمقارنتهم بأولئك الذين يحصلون غالباً على درجات عالية موجبة. أما الأفراد الذين أعطوا درجات اختيار أهداف منخفضة كانت لديهم فروض طيبة، فقد كان دخل الاباء مناسباً وكافياً بحيث استطاعوا الالتحاق بالجامعة والتفرغ للدراسة، وعدم الالتحاق بعمل خلال الدراسة وفى هذا الصدد قد يلعب طموح الوالدين دوراً خطيراً فى زيادة طموح الأبناء، فالآباء الذين قد يتعرضون فى حياتهم للفشل الشديد فى تحقيق بعض أهدافهم، قد يعرضون عنها بتحقيقها فى أبنائهم فيدفعون دفعاً إلى ذلك، ويوفرون لهم من الوسائل المختلفة ما يوصلهم اليها.

وقد أكد هذه النتيجة سعد المغربى فى دراسته عن سيكولوچية تعاطى المخدرات حيث أشار إلى أن شخصية متعاطى المخدرات تقوم على محور واحد وهو كف العدوان، وأن هذا الكف ينسحب عن بقية نواحي الشخصية من ضعف الذات واختبارها، وانخفاض مستوي الطموح والسلبية. وكذلك أوضحت الدراسة التى قام بها الطيبيان ماركوفتش ومايرز Marecovitz and Mayers أن السمات العامة لمدمنى المخدرات هى الفشل المتكرر فى القيام بأي عمل أو واجب.

آثار الإدمان على السلوك

حين يتأثر الانسان بالبيئة ويستجيب لها، فإنه لا يستجيب لها بجسمه فقط ولا بنفسه وعقله فقط، إنما يستجيب لها بأجمعه أي بنفسه

وجسمه فى آن واحد فالانسان وحدة جسمية ونفسية متكاملة لا تتجزأ إن تأثير جانب منها أو اضطراب تأثرت له الوحدة كلها أو اضطربت. وقد سبق فى الفصل الثانى من هذا البحث أن أوضحنا ما تسببه المخدرات من آثار جسمية مختلفة تختلف باختلاف المخدر وطبيعته والكمية المتعاطاه وطريقة التعاطى. وسوف نشير هنا إلى آثار المخدرات على جوانب سلوكية أخري.

١ - أثر المخدرات على بعض مظاهر السلوك العقلى:

هناك الكثير من الدراسات والكتابات التى حرصت على توضيح آثار المخدرات على بعض النواحى النفسية وقد اعتمدت هذه الدراسات على ما يلى:

١ - الملاحظات العامة.

٢ - الملاحظات الاكلينيكية.

٣ - الدراسات التجريبية على الحيوان والانسان.

٤ - ملاحظات ذاتية.

٥ - دراسة تاريخ الحالة لبعض المدمنين.

٦ - طريقة المقابلة المقننة.

وسنعرض هنا لبعض الدراسات والكتابات التى تعرضت لأثر المخدرات على بعض أوجه السلوك العقلى مثل (الذكاء - التفكير - التذكر..إلخ).ثم نذكر النتائج التى توصل إليها البحث الحالى.

فقد أوضح وولف Woolf أن التعاطى المزمن حتى ولو كان بكميات قليلة من المخدر فإنه يعود بأسوأ النتائج على الفرد، فالموظفون ورجال الاعمال الذين عرف عنهم النشاط تأثروا فى أخلاقهم وكفاءتهم الانتاجية وتحولوا - بفعل المخدر - إلى أشخاص يفتقدون إلى الحماس والارادة

اللازمة لتحقيق واجباتهم العادية المألوفة، وجعل المخدر منهم أشخاص كسالى سطحيين غير موثوق بهم، ذوي إتجاهات خشنة، ويظهر الاهمال واضحاً في سلوكهم كما تنحرف مشاعرهم العادية ومداركهم الأخلاقية وكلها سمات لم تكن معروفة لديهم قبل التعاطى. ويضيف وولف Woolf أن المخدر ينقص من القيمة الاجتماعية للفرد ويقوده إلى التدهور العقلى والجسمانى ويقود عند الفرد إتجاهات لا اجتماعية ويدهور قيمه الأخلاقية وينفره من العمل ويخلق فيه الغفلة والاهمال حتى يصبح غير نافع للحياة الاجتماعية والاقتصادية المنظمة.

وقد توصل كوبرا وكوبرا Copera and Copera فى دراستهما إلى أن الحشيش له تأثير على الوظائف العقلية، ذلك أن تأثير سموم المخدر تعمل تدريجياً على إضعاف قوي المخ ووظائفه وعدة ما تنتهى بحالة ضعف عقلى. وهذا التدهور العقلى يؤدي إلى تدهور آخر فى كفاءة الفرد الانتاجية وغيرها من وظائفه. ويشير كوبرا وكوبرا إلى أن المخدر له تأثير واضح على العمليات الذهنية التى تصبح غير منظمة، أو قد تتعطل جزئياً أو كلياً، وهذا يتضمن غيام الشعور أو الخلط العقلى. ويذكر أنه وجد أعراض عدم الترابط اللغوي على (٢٨٠) مائتين وثمانين حالة من الستمائة حالة التى درسها من مرضى الذهان المدمنين على الحشيش، كما يشير أيضاً إلى اضطراب التفكير بقولها «إن الحشيش يفسد أحكام الفرد على الأمور».

ويتفق بورهل Bourhill مع كوبرا وكوبرا فى ذلك، من نتائج ملاحظاته الانتاحية التى توصل منها إلى أن الإدمان الطويل يؤدي إلى تدهور تدريجى للوظائف العقلية وأن سموم المخدرات تؤثر على الوظائف العقلية دون إضرار بالجهاز الجسمى.

وكذلك نتائج البحوث التجريبية لآثار الكحول على الكفاية العقلية والحركية والتى لا تدع مجالاً للشك بوجه عامل مهبط Depressant

للنشاط النفسى والجسمى، فحركات القلب والتنفس والتنفس تزداد. كما أن الكحول ينبغى أن يفرز من الجسم كغيره من العقاقير السامة للجسم ما يعادل (٦٠سم٣) تتأكسد كما تتأكسد النشويات والسكريات، ويبدو أن العمل يؤدي بسهولةأكثر إلا أن البيانات الدقيقة تبين نقصاً فى الكفاية، وقد أوضحت نتائج بعض البحوث تدليلاً على ذلك منها:

(أ) ذكر كربلين Kreaplin أن كميات كبيرة من الكحول سببت نقصاً مباشراً ونقصاً طويل المدي فى العمليات العقلية كالفهم، والذاكرة والحكم.

(ب) ذكر ريفرز Rivers أنه يسبب نقصاً فى الكفاءة فى بعض العمليات كالكتابة على الآلة الكاتبة وعمليات الضرب العقلى.

(جـ) ذكر دودج وبندكت Dodge and Bendict من نتيجة بحث مستفيض قاماً به عن الآثار الفسيولوچية والنفسية للكحول أن تأخر زمن الرجع فى منعكس الركبة قد زاد بمقدار (١٠٪)، وأن سمك العضلة عند انقباضها نقص بمقدار (٤٦٪) بعد تعاط/ى (٣٠سم٣) من الكحول، كما أن مدة الكمون (المدة التى تنقضى بين المثير والاستجابة) فى الفعل المنعكس الوقائى لجفن العين زادت بمقدار (٧٪) ومدي حركة الجفن نقص بمقدار (١٩٪)، والمقاييس الحركية نقصت من حيث الكفاية بعد تعاطى نفس الكمية كما يأتى:

العتبة الحسية لمنبه كهربائى	١٤٪
سرعة حركة العين	١١٪
حركة الأصبع (النقر)	٩٪
زمن الرجع للعين	٥٪
زمن الرجع للكلام	٣٪

أما الذاكرة والترابط الحر فلم يتأثر إلا قليلاً إذ قلت الكفاية فيها بقدر بسيط بتعاطى (٣٠سم³) أو (٤٥سم³).

(د) درس هولنجورث Hollingworth زيادة على ذلك آثار الكحول على أوجه النشاط العقلى، وقد وجد أنه لم يحدث أي تسهيل فى الآداء، بتعاطى كميات مختلفة من الكحول. وقد طبق ستة اختبارات لوظائف عقلية مختلفة أثناء فترة العمل التى استغرقت أكثر من ثلاث ساعات صباحاً. وستة اختبارات أخري طبقت بعد تعاطى الخمور بعد الظهر. وأظهر هولنجورث أن نقص الكفاية عادية يرتبط بكمية الكحول. وأظهر أن للوظائف العقلية المتشابهة تأثيراً متشابهاً، فالنشاط المنعكس، والنشاط الحركى يبدو أنهما يتأثران بدرجات أكبر من العمليات العقلية العليا. ووجد هولنجورث أن استعادة أوجه النشاط الحركى لحالته الأصلية يحدث بسرعة أبطأ من أووجه النشاط العقلى كما أن هناك فروقاً فردية فى أثر جميع العقاقير والمنبهات وتدخين التمباك.

وما ينطبق على الكحول ينطبق على باقى المخدرات التى هى من صنف المهبطات كالحشيش وغيره من العقاقير الآخري.

وقد أوضحت ماري نيسوندار Mary Neyswander أن الإدمان على الحشيش يؤدي إلى تدهور فى كافة الوظأئف العقلية، بحيث ينتهى المتعاطى إلى حالة عامة من الغباوة والكلال العقلى. واتفق معها دايهل Dihell ، وفوجل Vogel . فى أن المخدرات تسبب تدهوراً فى وظائف الفرد العقلية.

وأكد ايفنسون ورزنبرج Evenson and Rozenberg أن مدمنى المخدرات ينتمون إلى فئات ذكاء دنيا.

وقد أشار ايمس Ames إلى أن هناك درجة من اضطراب التفكير تصاحب تعاطى المخدر ويشمل هذا الاضطراب الإدراك والذاكرة. وقد

اتفق مع ايمس ما يرجروس Mayer - Gross حين قال بأن الإدمان يؤدي إلى إضطرابات فى التفكير بحيث تبدو الأفكار مفككة، ويصبح الخيال غير مترابط لأن الإدارة تحت تأثير المخدر تفقد قوتها فى توجيه الفكر بالكيفية السليمة، ويعزو ايمس Ames عدم الترابط هذا إلى تدافع الكلمات وكثرة الأفكار على ذهن المتعاطى، هذا بالإضافة إلى رغبته فى التعبير عن هذه الأفكار الكثيرة المتدفقة.

وقد وجد ويكس وكولاينز Weeks and Collins فى بحوثهم عن أثر المورفين على الجهاز العصبى، أنه يحدث نقضاً فى القوي العقلية، ويثير الخيال ويقلل الاستجابة للأحداث الخارجية.

وقد أوضحت دراسة برمسون Abrmason أن عقاقير الهلوسة تؤدي إلى اضطراب الادراك واختلال فى التركيز والانتباه، وعدم القدرة على إدراك العلاقات المكانية، واختلاف فى الآداء الحركى، وتدهور عقلى. وأوضح سعد زغلول المغربى فى دراسته عن «تعاطى الحشيش» أن المدمنين فى عينة بحثه من نزلاء السجون كان يبدو عليهم بطء الاستجابة وانخفاض مستوي الصفاء الذهنى وضعف القدرة على الاستنتاج والفهم، فضلاً عن ضعف القدرة على التركيز والانتباه، كما أنهم يبدو عليهم القذارة والاهمال لمظهرهم إذا قورنوا بغيرهم من نزلاء السجن.

وأوضحت دراسة المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية أن الحشيش يحدث اضطراباً فى الإدراك بحيث تطول المسافات وتختلف الأحجام، وتهتز حدود الأشياء، وتبدو الألوان أكثر نصاعة، ويمر الوقت ببطىء، ويقل الانتاج، وتضطرب الذاكرة والانتباه والتركيز، ويضطرب الإدراك السمعى والبصري حيث يميل الإدراك نحو تضخيم المدركات، وأن اضطراب الإدراك السمعى أكثر شيوعاً من إضطراب الإدراك البصري، واختلال الشعور بالزمن والمسافة، واضطراب التفكير المتمركز فى تدفق الأفكار، وتفكك الفكر وعدم ترابطه، وبطء التفكير وصعوبته.

وقد أيدت هذه النتائج الدراسة التى قام بها سويف عن استخدام الحشيش فى مصر حيث أشار إلى الإضطرابات التى تنتاب المتعاطى نتيجة للتعاطى المزمن.

وقد وصف أحمد عكاشة الاضطرابات التى تصيب مدمن الحشيش حيث قال «أن الحشيش يسبب زيادة القدرة الحركية مع اضطرابات فى القدرة على تعرف الزمان والمكان، وإنعدام الإحساس بمرور الزمن، والاختلاط العقلى، وظهور الهلوسات السمعية والبصرية.

وقد أوضح فاروق عبد السلام أن المدمنين من عينة بحثه ينتمون إلى فئات ذكاء دنيا.

وقد أسفر البحث الحالى أيضاً عن إنتمام مدمنى المخدرات من عينة البحث إلى فئات ذكاء دنيا وذلك من واقع مقارنات متوسط درجات المدمنين على اختبار الذكاء المستخدم فى الدراسة ببيان المعايير الخاصة بهذا الاختبار، وكذلك بمقرنة أداهم بأداء المجموعة الضابطة (غير المدمنة للمخدرات) وقد أوضحت نتائج المقارنة عن وجود فروق بين المجموعتين ذات دلالة احصائية فى متغير الذكاء عند مستوي دلالة ٠١ر وجداول رقم(٤١، ٤٢) وكذلك أسفر البحث عن وجود اضطرابات فى التفكير لدي المدمنين أوضحتها نتائج المقابلة متمثلة فى تغير الأفكار نتيجة لتعاطى المخدر وأن هذا التغير «يعتمد بقدر كبير على التأثير الفارماكولوچى Pharmacological effect بقدر ما يعتمد على معتقدات الشخص ما يتوقعه من المخدر. وقد ظهر اضطراب الفكر بشكل واضح فى فساد الإدراك جداول رقم (٩٤، ٩٥، ٩٦، ٩٧) حيث كان المدمنون يميلون إلى تضخيم المدركات، وكذلك فى ضعف الذاكرة وقد اعتمدت هذه الدراسات على الملاحظات الاكلينيكية أو الدراسات التجريبية، وكذلك أوضح البحث الحالى ضعف القدرة على التفكير الابتكاري كواحدة من (القدرات العقلية) لدي عينة المدمنين، وذلك من خلال مقارنة نتائجهم

بنتائج المجموعة الضابطة، حيث أوضحت التحليلات الاحصائية عن وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين فى هذه القدرة، وأن هذه الفروق جميعاً كانت دالة يفسد الوظائف العقلية ويفسد علاقة الفرد ببيئته ولما كانت القدرة الابتكارية من القدرات التى تتطلب قدراً من الذكاء والسواء العقلى، وكذلك تتطلب أن يكون الشخص متوافقاً مع بيئته، لذا تتأثر هذه القدرة بهذا التدهور الذي يصيب الوظائف العقلية. فالقدرة الابتكارية تحتاج إلى شخص يستطيع أن يحيا متعاوناً ويري ويتجاوب مع الآخرين، فالابتكار يشبع حاجة الشخص المبتكر فى تحقيق ذاته، وهذه القدرة تتطلب أن يكون الفرد متوافقاً مع بيئته يحبا متعاوناً ويستجيب ويتأثر لكل ما يدور فيها من أحداث قادر على التعاون مع الآخرين لتحقيق تطلعاته وأهدافه. إذ يري سميث Smith أن التوافق السوي بالنسبة للإنسان هو فى الاسباع العام للشخص وليس فى إشباع دافع واحد وعاجل على حساب دوافع أخري، فالشخص المتوافق توافقاً ضعيفاً هو الشخص غير الواقعى والمحبط والمتعجل فى إشباع دوافعه وحاجات، والذي يميل إلى التضحية باهتمامات الآخرين وذلك لإشباع حاجة حالية شديدة. وفى حالة التوافق الانسانى الجيد بين الأفراد، تكون القوة الدافعة وراء الحاجة لتحقيق الهدف أو الادارة، لتحقيق الطاقة والقوة فى حالة توافق مع المجتمع، فهى تتكامل مع الدوافع الاجتماعية، وتؤدي إلى قدر معقول من الشعور بالرضا والارتياح، وذلك من خلال العمل على تحقيق الهدف وانجازه. أما فى حالة سوء التوافق الانسانى، فإن هذه القوة الدافعة التى تكمن وراء الحاجة لتحقيق الهدف تكون فى حالة غير طبيعية، وغير متلائمة مع الواقع، ولا ترتبط بالدوافع الاجتماعية، وتكون منعزلة، ولا تمت لها بصلة، كما أنه يترتب على ذلك شعور بالفشل وسلوك يتسم بعدم التوافق. وعلاوة على ذلك فإننا نجد أنه بينما يحاول التفوق فى الأنشطة التى يشعر بقدرته على التفوق فيها، فإننا على النقض من ذلك، نجد أن الشخص غير المتوافق يبالغ فى

عملية التعويض هذه، أو يحاول التفوق من حيث يمكن ضعفه فى محاولة لأنكار ذلك الضع).وقد أوضح برناد بوسكا – Beranard Boduska فى كتابة قول البورت Allpot بأن الشخص المتوافق «هو الشخص الذي يمكنه أن يواجه تلك العقبات، ولا يستسلم للاحباط، بالاضافة إلى قدرته على ابتكار وسائل مختلفة أقل احباطاً تصل به إلى النفس الأهداف والأهداف البديلة «ولذلك فإن الأفراد المتمركزون حول أهدافهم يميلون إلى وضع أسلوب حياة من شأنه خفض الخبرات المحبطة إلى مستويات معتدلة ويمكنهم تحقيق ذلك عن طريق مراعاة الأمور التالية:

- قدرتهم على موائمة وتكييف مستويات طموحهم.
- قدرتهم على اختبار وسائل بديلة لتحقيق أهدافهم.
- قدرتهم على إنتقاء واختيار أهداف بديلة عندما يكون ذلك ضرورياً.

ويوضح عدم قدرة المدمن على التوافق مع بيئته نتيجة لما سببه له المخدر من تدهور فى كافة وظائفه العقلية والحيوية، وعدم قدرته على تحقيق آماله وأهدافه، ضعف قدراته الابتكارية بشتى صورها ولم تجد الباحثة من الدراسات ما يشير إلى ضعف هذه القدرة لدي المدمنين ولكنها تستند فى نتائجها على اتفاق الدراسات جميعها فى أن الإدمان يؤدي إلى تدهور عقلى، وكذلك يشوه علاقة الفرد ببيئته، ويحط من أخلاقياته منعزلاً عن واقعه. كذلك أشارت معظم الدراسات إلى وجود علاقة بين القدرات الابتكارية والذكاء، ولما كان ذكاء المدمنين يتأثر بإدمانهم فمن البديهى أن تتدهور هذه القدرات لديهم.

أثر الإدمان على إنتاجية المدمن:

نتيجة لتدهور الوظائف العقلية الذي يصيب المدمن من تعاطيه للمخدر، يحدث تدهور فى إنتاجية المدمن، وهذا التدهور يأخذ شكلاً

تدريجياً، حيث يقل الانتاج فى بداية الأمر، كما ينتقل الشخص المدمن إلى أعمال تقل فى مرتبها الوظيفية عن وظيفته السابقة، ويقل آداؤه تدريجياً نتيجة للكسل والاهمال فينتقل من عمل إلى عمل أن يفقد المدمن عمله نتيجة لكثرة التعطل والاهمال الزائد فينخفض الدخل أو ينعدم. وقد ينتهى به الأمر إلى تجارة المخدرات وذلك لسد حاجته ومطالبه ومطالب أسرته الضرورية، كما أن الاتجار فى المخدرات يحقق له رغبته فى الحصول على المخدر دون دفع ثمن لذلك، وهذه النهاية فى حد ذاتها دليل على تدهور إنتاجية المدمن أو انعدامها. وقد أوضحت هذه النتيجة فى جدول رقم (١٠٨) والذي يوضح قدرة المدمن على العمل فى حالة التخدير وعدمها، فقد اتفق جميع المدمنين على أن انتاجهم يكون متفوقاً وكثيراً فى حالة تعاطى المخدر، ويقل فى حالة عدم التعاطى. وهذه القلة التى يشيرون إليها فى الواقع ما هى إلا إشارة إلى إنعدام القدرة المطلقة على العمل أو إنعدام الانتاج كلية وذلك إذا ما قورن انتاج المدمن بانتاج شخص لا تيعاطى المخدرات.

وقد قال بوكيه Pouquet فى هذا الصدد من واقع خبرته ودراسته عن الآثار الدائمة للادمان «إن عادة الادمان تنمى عند اصحابها اتجاهات سيئة مختلفة. فالمتعاطون الذين تأصل لديهم الامادن - هم فضلاً عن عدم عنايتهم بأنفسهم - يهملون أبسط قواعد النظافة فمظهرهم قذر غير مرتب، يرضون بأقذر وأسوأ الاماكن مسكناً لهم. كثيراً ما يلجأون إلى التسول« . » وأن هؤلاء المدمنون يمثلون عبئاً غير منتج على المجتمع الذي يعيشون فيه، إن ممتلكاتهم ونفوذهم القليلة التى يحصلون عليها تنفق أغلبها على المخدر وتصبح فى خدمته، وإذا ما كانوا يمارسون التجارة فإنهم يهملون فى واجباتهم المهينة وسرعان ما ينتهون إلى الفقر، ومع ذلك فإنهم لا يكثرون بهذا المصير، ولا يترددون فى بيع آثاث منازلهم الضئيل وملابسهم التى يملكونها. وإذا كانوا متزوجين ولهم أبناء فسرعان ما

يصبحون غير قادرين على إعالة أسرهم، بل وقد يمهلونها إلى الحد الذي يجعل الأسرة تتضور جوعاً. وإذا كانوا غير متزوجين فإنهم ينفقون كل دخلهم على المخدر. وتذهب تلك الأموال خسارة على المجتمع لأن معظمها ينتهى إلى جيوب المهربين الذين يجلبون المخدر إلى البلد الذي يتعاطاه، وهؤلاء عادة ليسوا مواطنين من نفس هذا البلد. وهؤلاء المدمنون عالة على المجتمع من ناحية، ومن ناحية أخري يكفلونه مزيداً من النفقات، وذلك لأنهم قليلو العمل أو لأنهم لا يعملون. ومن ثم فهم بحكم دخولهم القليلة يتعرضون إلى سوء التغذية، كما يتعرضون إلى الظروف الصحية السيئة مما يؤدي بهم إلى المرض والتردد على المستشفيات طوال حياتهم - وبهذا يكلفون الدولة والمؤسسات العامة مزيداً من النفقات.

أثر الإدمان على السلوك الجنسى:

إن دراسة هذه النقطة ترتبط بما يشيع بين العامة من أن للمخدرات أثرهم فى تنشيط قوي الفرد الجنسية، وأن تعطى المخدرات يرجع فى معظم الوقت إلى رغبة المتعاطى فى تحقيق حالة الإشباع الجنسى الذي يتطلب إثارة الرغبة الجنسية وكذلك إطالة مدة العملية الجنسية، وأن تعاطى المخدرات ~~يرجع في معظم الوقت إلى رغبة المتعاطي في تحقيق حالة الإشباع الجنسي الذي يتطلب إثارة الرغبة الجنسية، وكذلك إطالة مدة العملية الجنسية~~ وقد اتفقت معظم الدراسات أن المخدرات وخاصة المهبطة منها ليس لها علاقة بالجنس، بل تعمل بعكس ما هو شائع عنها، إلى خفض الدافع الجنسى والرغبة الجنسية والقدرة الحيوية وخاصة بالنسبة للمتعاطين المدمنين، وقد ذهبت بعض الدراسات إلى أن إدمان المخدرت يؤدي إلى حالة من الضعف الجنسى. ويشير كوبر وكوبرا Co-pera and Copera فى بحثهما عن «تعاطى الحشيش فى الهند» أن استعمال الحشيش للأغراض الجنسية هو أحد الأسباب والدوافع الشائعة

للتعاطى وأن هؤلاء الذين يتعاطون الحشيش لأغراض جنسية يفسرون العلاقة بين المخدر والجنس تفسيرين متناقضين تماماً، فبعضهم يعتقدون أن تعاطى المخدر يحقق نوعاً من القوة الجنسية عند ذووي الضعف الجنسي، والبعض الآخر وخاصة عند المتدينين يستخدم المخدر كآداة لخفض الرغبات الجنسية أو كفها، كما وجدوا من نتائج دراستهما أن الحشيش ليس له القدرة على الآثارة الجنسية، ويؤكدان ذلك بتفسيرهما أن المخدر يثير حالة غيام جزئى فى الشعور قد تكون مصحوبة بصور ذهنية ذات طبيعة جنسية توجه الفرد نحو الجنس، ومن ناحية أخري فإن المخدرات المهبطة تعمل على انهباط Depresses المراكز العليا الدماغية The higher cereberal center وبالتالى يكف عملها كمراكز ضابطة، فتنطلق الرغبات البدائية الحيوانية فى حرية ومنها الرغبات والأفكار الجنسية، ومن ثم يشعر المتعاطى الذين يستخدمون المخدر كمثير جنسى وغيرهم من المتعاطين الذين يستخدمونه كمهبط للرغبة الجنسية بقولهما:

«إنه يمكن تفسير آثار المخدرات على أساس أن الناس ذوو الأخلاق المنحطة يركزون أفكارهم على الملذات وموضوعات الحب الجنسية، بينما الناس ذوي الاتجاهات الدينية والافكار المجردة والمعنويات يركزون أفكارهم على ما هو بعيد عن النواحى الجنسية، وعلى ذلك فآثار المخدر سواء أكانت انهباطية أم تنبيهية تصبح مجرد ظاهرة نفسية فى كلتا الحالتين». وينتهى الباحثان دراستهما على عينة المتعاطين، بأن المسرفين منهم فى التعاطى لمدد طويلة من حياتهم، يعمل المخدر على انهباط وظائفهم الجنسية. وقرروا هذه النتيجة بما وجداه من أن نسبةالاخصاب عند مدمنى الحشيش أقل منها عند غير المدمنين، وأن كانت أعلى منها عند مدمنى الأفيون، كما أن نسبة العقم لدي المدمنين المسرفين فى التعاطى أعلى منها لدي غير المتعاطين.

وقد أوضح «بوكيه» Pouquet رأيه فيما يتعلق بأثر المخدر على

االناحية الجنسية، بأن التهيج الشبقى Erotic Excitation الذي يحدث خلال فترة التخدير لا يعدو أن يكون تهيجاً دماغياً Cereberal Excita-tion ولا تحدث أي تغيرات فسيولوچية أخري، وعلى ذلك فإن تعاطى المخدر المزمن يؤدي فى النهاية إلى حالة من الضعف والهزال العام نتيجة لضعف شهية المتعاطى التى قد تصل إلى حد عدم تناول الطعام طوال اليوم، وهذه الحالة من شأنها أن تؤدي إلى فقدان الرغبة الجنسية ثم إلى الضغف الجنسى، وقد تنتهى هذه الحالة إلى الانحراف الجنسى.

وقد وجد بورهل Bourhill فى بحثه أن الحشيش يؤدي - مع التعاطى المزمن - إلى انهباط الرغبة الجنسية والوصول بالمتعاطى إلى حالة من العنه الجزئية أو الكلية. وقد أقام نتائجه على الاعتبارات التالية:

(أ) أنه لم يجد بين قضايا المذنبين فى جرائم جنسية، مذنباً واحداً أثبتت أنه كان متعاطياً لأي مخدر قبل قيامه بارتكاب جريمة الأعتداء الجنسى.

(ب) أشارت نتائج ملاحظاته الاكلنيكية والتجارب التى أقامها على وجود سلبية جنسية قاطعة على عينة بحثه.

(جـ) أكد معظم المدمنين للباحث بشكل قاطع إنكار أن المخدر يعمل على الإثارة الجنسية بأية شكل من الأشكال.

(د) ذكر عدد من الحالات أنهم بعد تعاطى المخدر يصبحون عاجزين عن آداء العملية الجنسية.

وقد أورد «فوجل» Vogel نفس النتائج فيما يتعلق بعلاقة المخدر بالجنس وذلك فى توضيحه الآثار الإدمان للمخدرات المهبطة والمسكنة بما يلى:

١ - إن التأثير الأساسى للمخدر هو تأثير إنهباطى Depressant ef-

fect وإن أختلفت درجة الانهباط تبعاً لكمية المخدر ودرجة الإدمان وشخصية المتعاطى.

٢ - إن حالة السرور والراحة Euphoria التى يشعر بها المتعاطى وقت التخدير، والتى يرغب فى المحافظة عليها، بالاضافة إلى حالة الانهباط التى يحدثها المخدر المخدر، هذه الحالة تعمل على كف Inhibits أي صورة من صور النشاط الجسمى.

٣ - إن مدمنى المخدرات المسكنة أو المهبطة عادة ما ينسحبون بعيداً عن الواقع ويعيشون داخل أنفسهم، وهم تدريجياً يبتعدون عن أي نشاط طبيعى ليس مرتبطاً بتحقيق حاجاتهم فى الحصول على المخدر وإشباع رغبتهم فيه.

٤ - إن هذه المخدرات من شأنها خفض أو إستبعاد الرغبة الجنسية Reduction or Elimination of Sexual Desire إلى الدرجة التى يستبعد فيها مدمنو المخدرات من عداد السيكوباتين الذين ترتكبون جرائم الأعتداء الجنسى.

وقد أوضح لاسكوتز Laskawitz فى بحثه أن المدمنين تكون اتصالتهم الجنسية مضطربة. وقد أيده فى ذلك جنزبرج حيث وجد أن المدمنين فى عينة بحثه لديهم انحرافات جنسية كبيرة.

وقد أوضح نايت Knight فى بحثه أن مدمنى المخدرات معظمهم يعانون من الضعف الجنسى وقد أرجع هذا الضعف إلى تعاطى المخدرات.

وقد ذكر د. تاين الماهى Tighan El Mahy أن إدمان المخدرات يؤدي إلى الضعف الجنسى، وأن مايذكره المدمنين من أن المخدر يزيد من القدرة الجنسية أو الفاعيلة، ما هى من وجهة نظر الباحث - إلا نتيجة لاضطراب الإدراك الزمنى لدي المدمن فيجعله يتخيل أنه استمر فى هذه العملية لمدة طويلة، وما هى إلا دقائق أو ثوان معدودة - وما هذا

الاحساس الأوهم تجمله إضطرابات الحس (خاصة اضطرابات الإدراك الزمنى).

وقد ذكر أحمد عكاشة أن الانتظام فى استخدام المخدرات ينقص هرمون الذكور بنسبة ٣٠٪ مما يؤدي إلى إضابة المدمن بالضعف الجنسى.

وقد وجد شيفرز من بحثه عن أثر المورفين على الناحية الجنسية، أن النشاط الجنسى لدي القردة المدمنة على المورفين يضعف عند منع المخدر.

وقد أوضح سعد المغربى فى بحثه «تعاطى الحشيش كمشكلة نفسية وإجتماعية» أن كل ما يدور عن علاقة الحشيش بالجنس لا يعدو أن يكون مجرد شائعات عامة شعبية، لا تلبث أن تتحول بعد التعود على المخدر - إلى أكاذيب وخرافات، وأوهام ليس لها أدنى أساس من الصحة والواقع. كما لا يلبث أن يتحول المخدر من خرافة لذيذة إلى حقيقة ضارة أليمة. وقد لخص الباحث نتائجه متبعاً الاعتبارات التالية:

١ - أنه يجب ملاحظة الفرق بين الرغبة والقدرة الجنسية، فقد توجه الرغبة دون القدرة على إشباع هذه الرغبة.

٢ - من الثابت فى الدراسات الفارماكولوچية والفسيولوچية أن الحشيش ليس من لمخدرات أو العقاقير المنبهة إنما هو مسكن Sedative مهبط Depressant يعمل على انهباط القوي والامكانيات الحيوية والفسيولوچية للمتعاطى وخاصة فى التعاطى المزمن المسرف.

٣ - اتفقت معظم الدراسات على أن هذا المخدر لا يعمل على إثارة الرغبات الجنسية بل يعمل على كفها وانهباطها والوصول بالمتعاطى - فى حالة التعاطى المزمن - إلى حالة من العنه الجزئية أو الكلية.

٤ - يؤدي الحشيش- كما أثبت الباحث والدراسات الأخري - إلى حالة من ضعف الحيوية ونقص النشاط، مما ينعكس بدوره على النشاط الجنسى.

٥ - أن المدمنين الذين يقولون بأن الحشيش يطيل مدة العملية الجنسية، يمكن أن تفسر خبراتهم فى ضوء الحقيقة الثابتة المتفق عليها، إتفاقاً تاماً من كافة الدراسات، وهى أن الحشيش يؤدي إلى إختلال الشعور بالزمن، وبالتالى يمكن أن يشعر المتعاطى بأن الوقت قد طال فى أدائه للعملية الجنسية، كما أن يمكن أيضاً أن تفسر هذه الظاهرة فى ضوء القابلية للاستهواء ذلك أن هذه الفكرة شائعة بين الناس شيوعاً كبيراً، بحيث تعمل بالعقل على أن يتأثر بها المتعاطى ويشعر أن العملية الجنسية تطول باستخدام الحشيش.

٦ - أن الحالات التى تقول بأنها تشعر - مع الحشيش - بإثارة للرغبة أو الميل الجنسى، هذه الحالات يمكن أن تكون خبراتها صادقة، ولكنها على أية حال لا تحدث بسبب الحشيش كعامل مباشر من خصائصه إحداث هذه الحالة.

وقد أشار فاروق عبد السلام فى بحثه «عن بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية المرتبطة بالادمان» إلى اضطراب السيادة الجنسية لدي مدمنى الأفيون، وقد بنى تفسيره فى ضوء نظرية التحليل النفسى التى تري أن النمو الجنسى يمر بمراحل متتالية هى: المرحلة الفمية، ثم المرحلة الشرجية، ثم المرحلة القضيبية، ثم فترة الكمون وأخيراً الجنسية التناسلية. ولما كانت لكل مرحلة من هذه المراحل السيادة فى الفترة الزمنية من النمو المناسبة لها، فالمرحلة الفمية لها السيادة عند الرضيع ومع النمو تنتقل إلى المنطقة الشرجية.. وهكذا. فقد وجد الباحث أن هناك اضطراباً فى السيادة الجنسية لدي مدمن الأفيون، إذ أن الجنسية التناسلية المفترض أن لها السيادة قد تنحت إلى المنطقة الفمية، ذلك أن الفم قد أصبح من جديد هو مصدر الاشباع الوحيد الكامل للمدمن. فإذا كان الطفل حديث الولادة لا يجد الرشباع الكامل الأمن خلال الفم، ولا يبدأ فى الصراخ والعويل إلا بعد أن يستشعر آلام الجوع ولا يهدأ له بال

إلا من خلال الفم مرة أخري دون أي قدرة على العطاء، فإن المدمن يعيش هذه المرحلة من النمو طوال فترة إدمانه، ذلك أن الأفيون مقدماً إليه من الفم يصيبه بالأشباع الكامل ويجعله فى حالة أقرب إلى السكون منها إلي الحركة، وما أن يستشعر بدايات النقص فى آثار الانتشاء وبداية التناقض فى الأثر التخديري، حيث يبدأ البحث عن العقار غير مهتم بأي ظروف بيئية محيطة وغير قادر على أي تعديل لهذا الجوع الذي أصابه. كذلك فإن ما وجده (هاري هارلو) من أن الأتصال اللمسى للأم له قيمة إثابية فطرية للطفل نجده متحققاً لدي المدمنين وذلك فى تفضيلهم البقاء فى مناطق تواجد الأفيون وحولها على تواجدهم فى بيوتهم ووسط أفراد أسرهم. أي بقاءهم بالقرب من أماكن تواجد الأفيون موجود تحت رؤوسهم أو فى صدور ملابس نومهم، ذلك لأن الأفيون يقوم بدور الأم إذ أنه مصدر الإشباع لدي أفراد لديهم السيادة الجنسية للمنطقة الفمية. وقد ذكر الباحث أن ديناميات البنيان السيكولوچى لدي مدمن الأفيون تتكون من ذات ضعيفة تتخذ من سلوك الأنسحاب ميكانيزما أساسياً لمواجهة المواقف، ذات تستغل الموضوعات الخارجية كوسائل إشباع، ويشيع فيها عدم الأمن الأنفعالى والاكتئاب السيوكباتية والميل رلى تدمير نفسها، ذات لديها اضطراب فى السيادة الجنسية بحيث تحتل الزعامة أكثر المناطق تبكيراً وهى المنطقة الفمية.

وقد أسفر البحث الحالى من واقع أقوال المدمنين فى المقابلة فيما يتعلق بأثر المخدر على الناحية الجنسية أن آداء المدمنين للعملية الجنسية يكون أفضل فى حالة تعاطى المخدر جدول رقم(١١٢) كما قالوا أن آداءهم للعملية الجنسية يختلف فى حالة التخدير عنها فى عدم التخدير، وأن هذا الاختلاف يأخذ مظاهر عدة أوضحها جدول رقم (١١٣)، وفيما يتعلق بأثر الإدمان على الناحية الجنسية فقد أجابت نسبة كبيرة منهم أن التعاطى المزمن يؤدي إلى الضعف الجنسى، وكانت هذه الإجابة عامة

بالنسبة لمدمنى المخدرات المختلفة، فالمخدر أيا كان نوعه وخصائصه يؤدي إلى تدهور القوي الجنسية وينتهى بهم إلى الضعف الجنسى.

وتؤكد الباحثة ما وجدته الدراسات السابقة من أن ما يذكره المدمنون عن ما يضيفه المخدر من شعور باللذة وإطالة فى مدة العملية الجنسية - ما هى إلا أقوال يحاول بها المدمنون تغطية واقع نفسى أليم يتسم بالقلق والتوتر وتشيع فيه الاكتئابية - ولما كانت فترة الإتصال الجنسى من الفترات التى تسبب لهم السعادة والارتياح، وتخدر مشاعر القلق لديهم، فإنهم يسعون لإطالتها حتى ولو بخداع أنفسهم، وأيضاً محاولة منهم لتبرير ما يقومون به من سلوك، وتغطية هذا السلوك بأسلوب منطقى مقنع يرضى به نفسه. أما عن قولهم بأن المخدر يودي إلى الفاعلية الجنسية والقوة فقد أجمع المدمنون على أن هذه الفاعلية تحدث فى بداية التعاطى وتتلاشى بعد فترة طويلة من الإدمان حتى يصير المدمن إلى الضعف الجنسى. وتري الباحثة أن هذه القوة أو الفاعلية الجنسية التى يقررها المدمنون فى بداية التعاطى لا ترجع بصورة مباشرة إلى المخدر نفسه بل إلى أسباب أخري غير مباشرة لا ينتبه إليها المدمن وقد لاحظت الباحثة من أقوالهم الاعتبارات التالية:

(أ) إن الإثارة والقدرة الجنسية لدي المدمنين تحدث فى الفترات الأولى من الإدمان حيث يكون الفرد فى سن الشباب (قد أوضح البحث الحالى أن سن المتوسط الحسابى لسن المدمنين عند بداية التعاطى كان ١٨٫٢٥ سنة) ومن طبيعة هذه السن الحيوية والنشاط، لذا فقد تكون هذه الإثارة ناتجة عن طبيعة السن وليست من المخدر.

(ب) إن إطالة المدة فى العملية الجنسية لم يستطيع المدمنون إثباتها أو تأكيدها، فهذه الإطالة ترجع إلى إختلال الإدراك لديهم وعدم قدرتهم على الشعور بالزمن شعوراً حقيقياً.

(جـ) أضاف بعض المدمنين أن التعاطى المنتظم والزمن يجعل العملية الجنسية عملية عادية لا يحدث فيها أي تغير.

(د) أن شخصية مدمن المخدرات قابلة للإيحاء والاستهواء وتتميز بالانصياعية والإتكالية، ومن الشائع خطأ بين العامة أن للمخدرات أثرها على فاعلية العملية الجنسية وقوتها، لذا يتبنى المدمن هذه الفكرة، ويتشبث بها كمحاولة منه لتقوية هذه العملية.

وقد أوضحت الكثير من الدراسات أن التأثير السيكولوچى للمخدر لا يرجع إلى طبيعة المخدر بقدر ما يرجع إلى نفسية الفرد وما يتوقعه من المخدر، والمدمن يتوقع من المخدر حسب آرائه ومعتقداته - أن يزيد من قدرته الجنسية، ولهذا فهو دائماً ما يعتقد فى هذه القوة ويؤمن بها.

وبذلك يتبين أن للمخدرات تأثيرها الانهباطى على العملية الجنسية وتضعف قدرة الفرد الجنسية والتى تنتهى به إلى الضعف الجنسى كلية.

أثر الإدمان على السلوك الإجرامى:

أوضحت الكثير من الدراسات وجود علاقة بين الإدمان على المخدرات والجريمة أي أن الإدمان على المخدرات يساعد على إرتكاب الجرائم، ولكن هناك القليل من الدراسات التى نفت هذه العلاقة.

ففى الدراسة التى قام بها «ميرل» Merrile وجد أن التخدير له آثار فعالة فى خلق الاتجاهات العدوانية وآثارها عند الفرد، بحيث كثيراً ما تدفعه هذه الاتجاهات إلى إرتكاب الجرائم وخاصة جرائم العنف. وقد أوضح كوبرا وكوبرا Copera & Copera فى دراستهما عن «تعاطى الحشيش فى الهند» أن الحشيش تستعمله الطبقات الفقيرة والتى ينتمى إليها أغلب مجرمى الهند، وتعاطى الحشيش بين الفقراء يزيد من فقرهم لأنهم ينفقون جزءاً كبيراً من دخلهم الضئيل على المخدر، وبذلك يواجهون الحاجة للنقود لإشباع حاجاتهم الضرورية الاخري، وهم تحت تأثير هذا

الضغط يندفعون لإرتكاب جرائم السرقة وغيرها من الجرائم التى تشبهها فى طبيعتها، وأن من رأيهما أن الحشيش يقوم بدور المثير والمشجع لاستعدادات إجرامية وعدوانية موجودة أصلاً عند المتعاطى.

وقد أوضح بريشر Brecher أن مدمن الأفيونات يؤدي به الإدمان إلى التوتر الشديد والعصبية والحساسية الزائدة لأي مؤثر مهما كان صغيراً وتغير الأفيونات من أخلاقيات الشخص من سيء إلى أسوأ ويصير سريع التأثير قريب الغضب، ويصيبه التدهور الخلقى، وكلها سمات من شأنها أن تساعد على إرتكاب الجرائم.

وقد ذكر «أحمد عكاشة» إن الإدمان على المورفين يؤدي إلى التدهور الخلقى والاضمحلال الاجتماعى.

وذكر «انسلنجر» Anslinger أن الآلام الناتجة عن منع الهيروين تؤدي بالمتعاطى إلى إرتكاب الجرائم مثل السرقة وأعمال العنف، وأن سوء إستخدام المنبهات يؤدي إلى خلق نزعات عدوانية وتهجمية لدي المدمن.

وقد إتفق كل من «ذيهل» Dehill «فوجل» Vogel ، «وماري نيسواندر» Marynyswander على أن الإدمان على الماريجوانا يؤدي إلى تدهور خلقى وإرتكاب الجرائم.

وقد وجد «ايفنسون» Evenson من دراسته أن المسجونات المدمنات أكثر عدوانية من المسجونات غير المدمنات.

وقد أوضح «فاروق عبد السلام» فى بحثه عن بعض المتغيرات النفسية والإجتماعية المرتبطة بالإدمان «أن المدمنين من عينة بحثه كانوا يميلون إلى إرتكاب الجرائم، وذلك كما قرر المدمنون، وكانت هذه الجرائم مثل السرقة والرشوة والتزوير، والنصب والقتل، ويزداد إحتمال إرتكابهم للجرائم فى حالة عدم وجود المخدر، ويرجع ذلك إلى أنه فى حالة الرغبة فى الحصول على المخدر وبالتالى للإشباع، وتحت ضغط بزوغ الأعراض

المبكرة لإنسحاب المخدر، ومن واقع خبرة المدمن المتكررة لما يحدث فى حالة غيب العقار - فإن المدمن قد يلجأ إلى مثل هذه الأفعال الإجرامية، فغياب المخدر هو الدافع لهذه الميول الإجرامية، وقد ذكر الباحث أن الدراسات قد أثبتت أن شيوع الجريمة بين المدمنين مساو لشيوعها بين غير المدمنين، ولكنهم يتعرضون لمواقف ضاغطة (محاولة الحصول على المخدر، وسد حاجاتهم منه، وسد المطالب الضرورية الأخري...إلخ). تزيد من درجة ميلهم إلى إرتكاب العدوان بدرجة كبيرة جداً.

وفى البحث الحالى قررت نسبة كبيرة من الأفراد عينة المدمنين، أن المدمن يميل إلى إرتكاب الجرائم أكثر من غير المدمن (جدول رقم ١١٠) وقد حددوا الجرائم بأنها غالباً ما تكون سرقة وإغتصاب، نصب، قتل، ضرب، وقد ذكروا أن هذه الجرائم يزداد إحتمال وقوعها فى حالة عدم توافر المخدر وأثناء الشعور بمتاعب المنع النفسية والفسيولوجية الشديدة.

وتري الباحثة أنه مهما اختلفت نتائج الدراسات فيما يتعلق بأثر الإدمان على الميل لإرتكاب الجرائم، فإن جميعها قد قررت أن المخدر يسبب تدهوراً فى أخلاقيات الفرد ويقوده إلى الإنحلال الإجتماعى، فإذا لم يكن المخدر هو السبب المباشر لإرتكاب الجرائم كأن يكون المثير لها. وأن هذا التدهور الأخلاقى والإجتماعى يصاحب تعاطى المخدر ويزداد بتأصيل عادة الإدمان فى الفرد وينشأ نتيجة لما يلى:

١ - يبدأ المتعاطى بكميات صغيرة لا تؤثر على دخله فى بادىء الأمر، وقد يحصل عليها من أصدقائه أ،و معارفه.

٢ - بالتوغل فى التعاطى تبدأ حاجته إلى زيادة المخدر وكذا زيادة عدد مرات تعاطيه، وبالتالى يزيد القدرة المنقطع من دخله للانفاق على المخدر، وفى حالة ذوي الدخول البسيطة التى لا تكاد تفى بالنفقات الضرورية، فإن ما ينفق على المخدر يعنى عدم إشباع حاجات ضرورية له أو لأسرته، ومن ثم يحدث الاضطراب والخلافات بينه وبين أسرته مما

يعرضه إلى التفكك والانهيار الأسري، وغيره من مظاهر التدهور والانحلال.

٣ - بزيادة تعوده على المخدر واهتمامه به، يقل إهتمامه بالعمل نتيجة لما يحدثه المخدر من تدهور فى وظائف الجسم الحيوية والوظائف العقلية فتزداد مشاكله إضطراباً، ويعمل المخدر على زيادة شذوذه، ويصبح أكثر حاجة إلى المال، وتسبب حاجته للمال هذه أن يتعرض لإرتكاب الجرائم.

٤ - أوضح البحث الحالى اتفاقاً مع الدراسات السابقة أن الإدمان نتيجة لما يسببه من تدهور وظائف الجسم الحيوية والوظائف العقلية لدي المدمن، وينعكس هذا التدهور على قدرة المدمن الإنتاجية وكفاءته إلى أنْ يصل إلى حد عدم القدرة المطلق على العمل ويصبح متعطلاً، وفى فترة تعطله عن العمل تضطر بعضهم الظزوف الإتصال بسىء السيرة والمجرمين وتجار المخدرات. ويصبح أقل عمل إجرامى ممكن أن يقوم به هو الاتجار فى المخدرات، يقوده إلى أعمال إجرامية أخري.

وبالتالى يمكن أن نقرر أن هناك علاقة وثيقة الصلة بين الإدمان على المخدرات وإرتكاب الأعمال الإجرامية وتنشأ هذه العلاقة فيما يسببه المخدر من آثار سيكولوچية وفيزيولوچية وإجتماعية تتجلى فى:

١ - إن المخدر يعمل على إطلاق وكشف الإتجاهات اللاشعورية والغرائز البدائية كما هى دون تعديل أو تهذيب، وذلك يمكن للمدمن من أن يقوم بأعمال تتعارض مع القيم الاجتماعية والمعايير الاخلاقية، فالتخدير يعمل على تحرير المراكز اللاشعورية من سيطرة المراكز المحبطة الشعورية.

٢ - أن حالة التخدير تؤدي إلى حالة تضخيم والمبالغة فى مشاعر الفرد وميوله وإتجاهاته إلى الحد الذي يجعل الفرد مستعداً للوقوع فى

الجريمة وخاصة إذا كان المدمن أصلاً من نوع الشخصيات التى لديها إستعداد للعدونية.

٣ - أن التخدير يؤدي إلى ظهور بعض الأعراض مثل إضطرابات الإدراك والهلوسة والقابلية للاستهواء والاتكالية والانصياعية وكلها سمات من شأنها أن تساعد على حدوث الجريمة.

٤ - أن التخزير يثير فى الفرد حالة غير عادية من التهيج مما يدفعه بسهولة إلى الوقوع فى الجريمة.

وبذلك نجد أن للإدمان على المخدرات أثره السيء الذي يتجلى فى كشف الاستعدادات العدوانية، وإطلاقها، ويعمل على زيادة الميول العدوانية لدي المدمنين وقد يخلق هذه الميول نتيجة لما يسببه من ظروف ضاغطة وتدهور فى كافة وظائف الفرد.

أثر الإدمان على بعض أوجه السلوك الإنفعالى:

تثير المخدرات فى مدمنيها إنفعالات مختلفة، وقد اتفقت جميع الدراسات فى هذا الصدد على أن المخدرات تثير فى نفوس متعاطيها مشاعر البهجة والمرح والإحساسات اللذيذة والنشوة والمرح. غير أن بعض الدراسات قد أشارت إلى وجود إنفعالات الغضب والخوف مما يؤدي إلى إرتكاب الجرائم ومشاعر من السعادة والسرور واللذة، كما يصف اليعض المخدر بقولهم أنه يثير فى نفوس متعاطيه حالة من البهجة والنشوة والرضا وهى حالات تشكل جاذبية كبري عند المدمنين.

وقد أسفر هذا البحث أن المدمنين يشعرون بالفرفشة فى حالة التخدير وتختفى هذه الحالة أثناء غياب المخدر (جدول رقم ١٠٣) ويشعرون بالتوتر، وتزول هذه الحالة بتعاطى المخدر.

ويمكن القول فى هذا الصدد بأن حالة النشوة التى تحدث أثناء تعاطى المخدر تحدث نتيجة لمثيرات عديدة، بعضها يختص بطبيعة المخدر وما

يجلبه من آثار فسيولوچية تؤثر على الفرد ، والبعض الآخر خارجى ينشأ من خلال جلسة التعاطى وما تثيره فى نفوس المتعاطين، حيث يوجد المدمن مع قلة من أصدقائه المتعاطين المقربين إلى نفسه وينحرف بهم الحديث المسرف فى الخيال والطرافة، وهذا النوع من الحديث يثير عندهم حالة من المرح واللذة. كذلك ما يسببه المخدر من اختلال فى الإدراك والمشاعر، وما يثيره ذلك من مفارقات تبعث على الضحك، وكذلك تضخيم الاحساسات الذي يصيب المدمن، كل هذا من شأنه أن يبعث عند المتعاطى أثناء التخدير حالة عامة من النشوة والراحة والسعادة وهذه هى السمات الغالبة عند المتعاطين أثناء التخدير/ ويصبح المخدر هو آداة المدمن التى يعتمد عليها فى تغيير حالته الانفعالية التى لا يملك القدرة على تغييرها نتيجة لما يتسم به من نفس تفتقر إلى المبادأة وعجز عن مواجهة الواقع، والسلبية فى التعامل، والعجز عن إشباع رغباته بصورة سوية. ويؤثر هذا الخلل فى الانفعال على وظائف المدمن إذ يؤدي إلى هبوط مستوي النشاط الذهنى أثناء الانفعال بحيث يكون أقل تماسكاً وجوده من مستوي نشاط الشخص الهادىء والضابط لنفسه فى غير حالة التخدير، لأن الانفعال يؤدي إلى تلاشى مراقبة الإدارة للتفكير والعمل، وإلى تضاؤل مقدرة الشخص على النقد والتمحيص، وقد يكون التأمل قوياً غير أن الشخص مع شعوره بالنشوة المصاحبة لذلك يعجز عن ضبطها وتوجيهها، كما يعجز أن ينقل إنتباهه إلى مجال آخر، هذا فضلاً عن أن المتعاطى بعد زوال آثار التخدير، وبالتالى زوال هذه الحالة الانفعالية نراه لا يستطيع أن يتذكر تماماً وبدقة الحوادث التى مرت به فى الظروف المصاحبة لانفعالات التخدير.

ملخص البحث

يتطلع مجتمعنا اليوم إلى ملاحقة ركب التقدم والتكنولوچيا فى مختلف الميادين، وهذا يتطلب إزالة جميع المعوقات التى تحول دون ذلك. وتعتبر مشكلة الإدمان للمخدرات من المشكلات التى تعوق تقدم المجتمع كما وكيفاً. فالإدمان يلحق الأذي بكل من الفرد والمجتمع على السواء، فإلى جانب مايسببه من تدهور فى قوي الفرد الجسمية، الحيوية، والنفسية بمختلف وظائفها، فإنه من جانب آخر يجعل من هذا المدمن عبئاً ثقيلاً على المجتمع لأنه يمثل فائض بشري يعطل عجلة الانتاج وتقدم المجتمع.

وقد كانت ظاهرة الإدمان على المخدرات قد حظيت بالكثير من الدراسات التى تناولتها من نواحى مختلفة قانونية، فارماكولوچية، سيكياترية... إلخ، إلا أن دراستها كمشكلة نفسية إجتماعية لم تحظ بالاهتمام الكافى وخاصة فى مصر. فكان من الضروري إقامة دراسة نفسية إجتماعية لبحث جوانب هذه المشكلة المختلفة، كمحاولة عملية للتعوف على أبعادها، وتقديم المساعدة فى حلها، والعون لمن وقع ضحية فى براثن هذا المرض اللعين، إذ أنه قد قررت معظم الدراسات أن الإدمان على المخدرات شأنه شأن المرض النفسى الذي ينشأ من خلال تجمع مجموعة من العوامل منها ما هو نفسى كامن، ومنها ما هو بيئى يساعد عى ظهور هذه الاضطرابات الكامنة فى صورة انحرافات نفسية شتى قد تكون إحدي صورها هو الإدمان على المخدرات.

وقد تناولت الباحثة فى الفصل الأول من هذه الدراسة، مشكلة البحث وقد حددتها فى الشخص المدمن نفسه دون الاهتمام بنوعية المخدر المدمن، ثم تعرضت لأهمية هذه المشكلة والتى انحصرت فى الإجابة على الفروض التالية:

١ - هناك علاقة بين انخفاض المستوي الاجتماعى الاقتصادي والإدمان على المخدرات.

٢ - انخفاض بعض القدرات العقلية أكثر شيوعاً لدي مدمنى المخدرات عن غيرهم من غير المدمنين.

٣ - هناك فروق ذات دلالة إحصائية فى بعض متغيرات الشخصية بين مدمنى المخدرات وغيرهم من غير المدمنين.

وتضمن هذا الفصل عرض لحجم المشكلة على المستوي العالمى مع الاشارة إلى الاتجاهات المختلفة لتعاطى المخدرات فى شتى دول العالم وأيضاً عرض لحجم هذه الظاهرة محلياً (فى مصر).

كما اشتمل هذا الفصل أيضاً على وصف لمتغيرات البحث وتوضيح التعريفات المختلفة لهذه المتغيرات، ثم وضع التعريفات الإجرائية المتخذ بها هذه الدراسة.

وقد قامت الباحثة فى الفصل الثانى من هذه الدراسة، بعرض للدراسة النظرية وقد احتوت هذه الدراسة على تعريف كافة أنواع المخدرات من حيث نشأتها التاريخية وتعريفاتها المختلفة، وآثارها الجسمية والنفسية، وما تتركه من سمات مميزة لمدمنيها. كذلك اشتمل هذا الفصل على وصف للاتجاهات السيكولوچية المختلفة وكذلك الواجهة الاجتماعية التى اهتمت بتفسير ظاهرة الإدمان على المخدرات.

وفى الفصل الثالث تم وصف الدراسات السابقة، العربية والاجنبية المرتبطة بموضوع البحث وقدمت دراسة ناقدة لهذه الدراسات، وذلك بهدف الاستفادة منها فى الدراسة الحالية من حيث منهج البحث وخطته وتحديد العينة والأدوات المستخدمة، واساليب المعالجة الاحصائية وطرقها وأهم النتائج التى توصلت إليها كل دراسة.

أما الفصل الرابع فقد تضمن وصفاً شاملاً لعينة البحث، من حيث مصدر العينة وطريقة اختيارها، حيث اشتمل هذا البحث على عينتين احدهما تجريبية، والاخري ضابطة، وكان حجم كل واحدة منهما ثمانية واربعون (٤٨ فرداً) تم اختيارهم بطريقة عشوائية وذلك من الاماكن

المختصة بمدمنى المخدرات بالنسبة للعينة التجريبية وبالنسبة للمجموعة الضابطة تم اختيارهم من بعض الوحدات الانتاجية المختلفة بمدينة الاسكندرية.

وتناول هذا الفصل أيضاً وصف للعينتين التجريبية والضابطة من حيث السن، الحالة الاجتماعية، المستوي السكنى، الحالة التعليمية. ثم تم وصف العينة التجريبية من حيث مهنة الزوجة، وعدد الأولاد، وعدد مرات الزواج، وعدد الزوجات الحاليات، ونوع المخدرات المدمنة حالياً، وعددها، وسن المدمن عند بداية التعاطى، ثم وصف الدافع للتعاطى فى أول مرة، ومدة الإدمان. وقد تضمن هذا الفصل أيضاً وصف لأدوات البحث وهى كما يأتى:

١- استمارة المقابلة المقيدة من اعداد الباحثة.

٢ - بعض مقاييس من اختيار الشخصية المتعدد الأوجه. بعد صياغتها باللغة العامية وهى مقاييس (توهم المرض، الهستيريا، الاكتئاب، الانحراف السيكوباتى) من اعداد لويس كامل ملكية وآخرون.

٣ - استبيان مستوي الطموح من اعداد كاميليا عبد الفتاح.

٤ - اختبار الذكاء المصور من اعداد أحمد زك صالح.

٥ - استمارة الاجتماعى الاقتصادي من اعداد الباحثة.

٦ - بعض اختبارات القدرة على التفكير الابتكاري:

وهى اختبارات (المرونة التلقائية، الاصالة، الطلاقة الفكرية) من اعداد عبد السلام عبد الغفار.

واشتمل هذا الفصل على الاجراءات التى قامت بها الباحثة بما فيها الدراسة الاستطلاعية ثم الاجراءات التى بها الدراسة الاساسية من حيث تطبيق الاختبارات، وتصحيحها... إلخ.

المراجع

أولاً - المراجع العربية:

١ - أحمد زكي صالح، ١٩٧٥،كراسة تعليمات اختبار الذكاء المصور. القاهرة: المطبعة العالمية ص ٤.

٢ - أحمد عزت راجح، ١٩٧٥، أصول علم النفس. القاهرة: المكتب العربي الحديث للطباعة والنشر. ص ٢٢.

٣ - أحمد عزت راجح، ١٩٦٥، الأمراض النفسية والاجتماعية. أسبابها. علاجها وآثارها الاجتماعية. القاهرة: دار المعارف. ص ٦٩.

٤ - أحمد فايق ١٩٨١، الأمراض النفسية والاجتماعية - دراسة في اضطراب علاقة الفرد بالمجتمع - القاهرة: مطبعة النسر الذهبي. ص ص ٤١٤ - ٤١٥.

٥ - أسعد رزق، ١٩٧٧، موسوعة علم النفس. بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر.

٦ - الادارة العامة لمكافحة المخدرات (١٩٨٢): التقرير السنوي. القاهرة: هيئة المطابع الأميرية. ص ١١٥.

٧ - الادارة العامة لمكافحة المخدرات ١٩٨٣، التقرير السنوي. القاهرة: هيئة المطابع الأميرية. ص ص ٢٣ - ٤٥.

٨ - الأمم المتحدة ١٩٧٦، مكافحة اساءة استعمال المخدرات. نيويورك: جينيف.ص ص ٢٦٠ ، ٢٦٨.

٩ - السيد محمد خيري، ١٩٧٥، الاحصاء النفسي والتربوي. القاهرة: دار الفكر العربي.

١٠ - السكرتارية العامة للهيئة الدولية للشرطة الجنائية، ١٩٧١، تعاطي الشباب للمخدرات والمواد المؤثرة على النفس والعقل. القاهرة: المكتب الدولي العربي لشئون المخدرات.

١١ - المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ١٩٦٠، تعاطي الحشيش في الاقليم الجنوبي - التقرير الأول - القاهرة: منشورات المركز.

١٢ - المركز القومي للبحوث الاجتماعية، ١٩٦٤، نتائج المسح الاستطلاعي في مدينة القاهرة - التقرير الثاني - القاهرة: منشورات المركز.

١٣ - المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية ١٩٨٢، بحوث في المخدرات من عام ١٩٥٧ - ١٩٨٠. القاهرة: منشورات المركز.

١٤ - أنور العمروسي ١٩٥٥، المخدرات آثارها وجرائمها وعقوباتها. القاهرة: مكتبة الخانجي. ص ص ١ - ٥.

١٥ - ج. ب. جيلفورد، ١٩٥٦، ميادين علم النفس النظرية والتطبيقية - إشراف يوسف مراد - القاهر: دار المعارف. ص ٣٣٧.

١٦ - حامد عبد السلام زهران١٩٧٧، علم النفس الاجتماعي. القاهرة: عالم الكتب ص ١٥.

١٧ - حسن فتح الباب، ١٩٦٧، المخدرات سلاح الاستعمار والرجعية. القاهرة: دار الكاتب العربى، ص٧.

١٨ - حسن الساعاتي، ١٩٦٣، تعاطي الحشيش كمشكلة اجتماعية - من اعمال الحلقة الثانية لمكافحة الجريمة - القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. ص ص ٥٨ - ٦١.

١٩ - حسين الهراوي، المكيفات - منافعها، مضارها وعلاجها - القاهرة: المكتبة التجارية (غير مبين سنة النشر).

٢٠ - سامي أسعد فرج ١٩٧٩، مشكلة المخدرات في مصر. القاهرة: مجلة الأمن العام. ص ٢٠.

٢١ - سعد جلال ١٩٦٨، اسس علم النفس الجنائي. القاهرة: دار المعارف. ص ٣٨٩.

٢٢ - سعد زغلول المغربي،١٩٦٣، تعاطي الحشيش - دراسة نفسية اجتماعية - القاهرة: درا المعارف. ص ص ٤٠٧ - ٤٢١.

٢٣ - سعد زغلول المغربي. ١٩٦٦، سيكولوجية تعاطي المخدرات - رسالة دكتوراه (غير منشورة) كلية الآداب - جامعة عين شمس.

٢٤ - سعد زغلول المغربي، ١٩٦٠، تعاطي الحشيش - دراسة نفسية اجتماعية - رسالة ماجستير (منشورة) - كلية الآداب - جامعة عين شمس.

٢٥ - سليمان الجندي ١٩٧١، ظاهرة إدمان المخدرات بين خطر واقع وخطر يتوقع. القاهرة: المكتب الدولي العربي لشئون المخدرات. ص ٩٩.

٢٦ - سمير نعيم أحمد ١٩٧١، الاسباب الاجتماعية والاقتصادية لتعاطي المخدرات. القاهرة: المكتب الدولي العربي لشئون المخدرات. ص ٧.

٢٧ - سمير نعيم أحمد، ١٩٧١، خطر تعاطي المخدرات القائم في المنطقة العربية. القاهرة: المكتب الدولي العربي لشئون المخدرات.

٢٨ - سيد صبحي، ١٩٧٥، دراسات وبحوث في الشخصية - القاهرة: عالم الكتب. ص ص ١٧ - ١٩.

٢٩ - صبري جرجس، ١٩٥٧، مشكلة السلوك السيكوباتي. القاهرة: دار المعارف. ص ص ٥٦ - ٦٢.

٣٠ - عبد الحليم محمود السيد، ١٩٨٠، الإسرة وإبداع الأبناء - دراسة نفسية اجتماعية لمعاملة الوالدين في علاقتهما بقدرات الإبداع لدى الأبناء - القاهرة: دار المعارف.

٣١ - عبد السلام عبد الغفار، إبراهيم قشقوش، ١٩٧٨، دليل تقدير الوضع الاجتماعي الاقتصادي للأسرة المصرية -مجلة التربية- المجلد الأول - العدد الأول.

٣٢ - عبد المنعم الحفنى، ١٩٧٨: موسوعة علم النفس والتحليل النفسى. القاهرة: مكتبة مدبولى. ص ص ٢٤ - ٢٤٣.

٣٣ - عثمان لبيب فراج، ١٩٧٥، أضواء على الشخصية والصحة العقلية. القاهرة: مكتبة مدبولي.

٣٤ - فاروق عبد السلام، ١٩٨١ ،بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية المتعلقة بالإدمان -رسالة دكتوراه(غير منشورة)- كلية التربية - جامعة الأزهر. ص ١٠٤.

٣٥ - فؤاد البهي السيد، ١٩٨٠، علم النفس الاحصائي وقياس العقل البشري. القاهرة: دار الفكر العربي.

٣٦ - كاميليا عبد الفتاح، ١٩٦١، الاتزان الانفعالي وعلاقته بمستوى الطموح. رسالة ماجستير - كلية الآداب - جامعة عين شمس. ص ٦٢.

٣٧ - كاميليا عبد الفتاح ، ١٩٧٢، مستوى الطموح والشخصية.القاهرة: مكتبة القاهرة الحديثة. ص ص ٧ - ١٢.

٣٨ - كاميليا عبد الفتاح، ١٩٧٥، كراسة تعليمات استبيان مستوى الطموح. القاهرة: النهضة المصرية ص ٣.

٣٩ - لويس كامل مليكة، محمد عماد الدين اسماعيل، عطية محمود هنا، ١٩٥٩، الشخصية وقياسها. القاهرة: النهضة الصرية. ص ١٥٥.

٤٠ - لويس كامل مليكة، محمد عماد الدين اسماعيل، عطية محمود هنا، ١٩٧٤، تعلمات الشخصية المتعدد الأوجه. القاهرة: النهضة المصرية. ص ٤٢.

٤١ - لويس كامل مليكة، ١٩٨٠، علم النفس الاكلينيكي - الجزء الأول - القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب. ص ١٣١.

٤٢ - محمد أحمد غالي، ١٩٦٤، دراسة مقارنة للجانحين والعصابيين من حيث تنظيم الشخصية - رسالة دكتوراه (غير منشورة) كلية التربية - جامعة عين شمس.

٤٣ - محمد جميل منصور، ١٩٧٣، دراسة تحليلية للقيم المرتبطة بالعمل لدى المراهقين المصريين - رسالة دكتوراه (غير منشورة) كلية التربية - جامعة عين شمس.

٤٤ - محمد حلمي المليجي،١٩٨٤،سيكولوجية الابتكار.الإسكندرية:دار المعارف.ص ٢٣٨.

٤٥ - محمد خلمي المليجي، ١٩٨٤، علم النفس المعاصر. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية. ص ١٥٣.

٤٦ - محمد حلمي المليجي، ١٩٦٩، القياس السيكولوجي في الصناعة. القاهرة: دا المعرفة الجامعية، ص ٣٩.

٤٧ - محمد رشاد سيد كفافي، ١٩٧٣، سيكولوجية اشتهاء المخدر لدى متعاطي المخدرات - رسالة ماجستير (غير منشورة) - كلية الآداب - جامعة عين شمس.

٤٨ - محمد رمضان محمد، ١٩٨٢، تعاطي المخدرات لدى الشباب المتعلم - رسالة دكتوراه (غير منشورة) - كلية الآداب جامعة عين شمس.

٤٩ - محمد نسيم رأفت وآخرون، ١٩٦٧، دراسة مقارنة عن شخصية المتفوقين والعاديين من طلبة وطالبات المدارس الثانوية العامة - المجلة القومية - المحلد الرابع - العدد الثاني.

٥٠ - محمود عبد الحليم منسي، ١٩٨٣، دليل استمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي، الإسكندرية: دار الناشر الجامعي.

٥١ - منير وهيبة، ١٩٦٠، معجم مصطلحات علم النفس. بيروت: دار النشر للجامعيين. ص ٦٠.

٥٢ - مصطفى زيور، ١٩٦٣، تعاطي الحشيش مشكلة نفسية - من أعمال الحلقة الثانية لمكافحة الجريمة - القاهرة. المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. ص ص ٢٦ - ٣٩.

٥٣ - مصطفى فهمي، ١٩٦٧، الصحة النفسية في الأسرة والمدرسة والمجتمع. القاهرة: دار الثقافة.

٥٤ - مصطفى فهمي، ١٩٧٠، الانسان وصحته النفسية. القاهرة: الانجلو المصرية.

٥٥ - يحيى الرخاوي، ١٩٧١، علاج المدمنين صحياً - في الندوة الدولية العربية حول ظاهرة تعاطي المخدرات - القاهرة: المكتب الدولي العربي لشئون المخدرات.

٥٦ - يوسف مراد، ١٩٥٧، مبادئ علم النفس العام. القاهرة: دار المعارف. الطبعة الثالثة.

ثانيا - المراجع الأجنبية:

1 - Anslinger H. J., and W. F., Tampking. 1966, The Murders, New York: Avonbooks Dinision.

2 - Ausubel; D.P., 1961, Causes and Types of Narcotics Addiction A Psychological View, New York. Psychiat (9).

3 - Belknad J. K., 1978, Drugs and Human Behaviour, In: Joltz man, W.H., (ed) Introductory Psychology in Depth-developmental Topics; New York: Harper's College Press .

6 - Becker, H.S., 1959, Becoming a Marijuana Users- A Psycological Approach - Morton: Mental Health and Mental Disorders. .

7 - Baul, J. C., and Snar R.W., 1969, A Test of Maturation Hypothesis Report to Opiate Addiction, New York; Bulletin on Narcotics, Geneva.

8 - Bernard, G. W. and Ritch, L. (1968), Psychodynemics of Narcotics Addiction, New York; Jacksonwill.

9 - Copera I.C., an Copera I.N., 1955, The Use of the Cannabis Durg India. Bulletin on Narcotics, Vol. L. New York: Geneva.

10 - Chein I., 1956, Narcotics use Among Juvenils. Social Work (Vol No. 1).

11 - Department of Health and Education and Welfare 1977, Cocaine-Washington, Research Minography No. 13.

12 - Donald Taffit D., 1957, Crimminology, New York: The Macmillan Company. P 24.

13 - Dihell H.S., and Laton D. A., 1954, Health and Safety for Youth, New York: Mrcrawhill.

14 - Ellinwood E. H., Smith W.G., and Vaillant G.E., 1960, Narcotics Addiction in Males and Females, New York: A Comparison International Journal of Addiction (1).

15 - Easton, 1965, Clinical Study on the Pathogenic and Personality Structure of Male Narcotics Addiction, New York: Hill Sid Haspital. Geneva.

16 - Evenson, M., 1964, Research With Female Drug Addicts at Prison for Woman, Attawa: Journal of Correction (6).

17 - Fort D. P., 1967, Drug as a Mean of Relieving Tension. New York: Holt Corp.

18 - Fort P. J., 1980, Heroin Addiction Among Young Men, New York: Geneva.

19 - Fith E. and Awine, 1980, Drug Problem in the Sociocultural Context, A Basis for Polices and Progamme Planning, New York: Geneva.

20 - Hekimian L.J. and Grashon, 1966.Characterestics of Drug Abusers Admitted to a Psychiatric Hospital, Chicago,I.A.M.M.

21 - Hill, Haertzen and Glasser,1972, Psychological Aspects in Drug Addiction, In: David L. Sills (ed) International Encyclopedia of The Social Sciences, (Vol 3 and 4) New York: The Free Press.

22 - Hikilla I., and Schoolar; J.C., 1969: Heroin Use Among Multipe Drug Users-Its Diagnostic and Theraputic Significance. New York: International Conference on Drug Abuse-Geneva.

23 - Henden H., 1980, Psychological Theory of Drug Abuse. A research Monography No. (25) New York, NID.

24 - Huba, Wingar and Benter, 1979, Framework for an Interactive Theory of Drug Abuse. New York : NIDA. Amonography No.(24).

25 - Herbert, A., and Richard, 1981, A Dolscent Marijuana Abusers and Their Families, New York : National Instiute of Drug Abuse.

26 - Halback, H., 1973, Defining Durg Dependence and Abuse. Berlin: Federal Republic of Germany.

27 - Jualith G., 1982, Abnormal Psychology Concepts. Issues, Trends, New York: Macmillan Publishing Co., INC.

28 - Jon S.L. and Laskawitz D., 1964, Rorschach Study of Adolescent Addicts Who Die of Over Dose A Sign Approach-Psychiatry Digest. Math Field.

29 - Knight, E., and Beoubrun. M.H., 1973, Psychiatric

Assessment of 30 Chronic Users of Cannabis and 30 Matched Control, New York: Amer. J. Psychiat.

30 - Kazdine E. A., Bellack A. S., and Micheal Hersen, 1980, New Prespective in Abnormal Psychology, New York; University Press.

31 - Lukoff L., 1980, Toward A Psychology of Drug Abuse. New York : Department of Health and Human Services.

32 - Lindsmith A.R., 1980, Basic Problem in the Social of Addiction and Theory, New York : W.H.O.

33 - Marlatt G.A., Rose F., 1980, Addictive Disorders, In: Alan S. Bellack and Bellack and Michell Hereson (eds.), New Perspective in Abnormal Psychology, New York, University Press.

34 - Mule S. J., and Brill H., 1974, Chemical and Biological Aspects of Heroin Dependence Ohio: CRC Press.

35 - Mehr J., 1983, Abnormal Psychology, New York: Winston and Harltrinehart.

36 - Mahi T., 1958, Durg Addiction-Cannabis India (Hashish), Kartoum: Faculty of Medicine.

37 - Merton R.K., 1968, Social Theory and Social Structure, New York: The Macmillan Company.

38 - Marcovitz E., and Myers H., 1944, Marijuana Addicts in the Army War: Chicago.

39 - Norback J., 1980, The Alcohol and Drug Absue-Yearbook Directory, New York: Vannorstrand.

40 - Nyswander, M., 1960, Durg Addiction, New York: Silvano.

41 - Nitezl M. T., Awinett R., Marian L., Macdonald and Williams S., Davidson 1977,Behavioural Approaches to Community Psychology, New York, Pergaman Press INC.

42 - Oakely S., Ray, M.. 1974, Durg Society and Human Behaviour, Santi Louis: The C. V. Mosby Company.

43 - Okasha A., 1977, Clinical Psychiatry, Cairo: Egyptian Book Organization.

44 - Pescor M.J.,1980, "Physician Durg Addicts", In: Griffith

Edward and Awin Arfith (eds), Durg Problem in the Sociocultural Context A Basis for Polices and Programme Planning. New York, Geneva.

45 - Pescor 1953. A Statistical Analysis of the Clinical Records of Hospitalized Durg Addicts. Washington: Government Printing Office.

46 - Pouquet, R. J., 1951, Cannabis, New York; Bulletin on Narcotics. (Vol. II).

47 - Rathod H.N., 1968, Prevelance and Early Detection of Heroin Abuse. New York: Geneva.

48 - Rathod H.N., 1970, Early Experience in the Life of a Narcotics User, In: Tongue A. et al (eds), Papers Presented to the International Institute on Prevention and Treatment of Drug Dependence : Clausanne.

49 - Robert C., Kolondy 1975, Research Issues in the study of Marijuana and Male Reporductive Physiology in Human In: Jared R. Tinlenberg (ed), Marijuana and Health Hazards - Metho - dological Issues in Current Research - London: Academic Press (INC.,). .

50 - Saltman, Jules, 1970. What We can do About Durg Abuse, New York: Harvard University.

51 - Schultes R. E., et al, 1968, Gannabis. New York: Harvard University.

52 - Schaeffer, J., 1975, The Significance of Marijuana in a small Agricultural Community. Mouton: The Hauge and Paris.

53 - Smith D. E., 1967, LSD - an Historical Perspective, New York: Journal of Psychedlic Drugs.

54 - Smith D.E., Rose A. J., 1971, LSD-Its Use Abuse- and Suggested Treatment, New York: Journal of Psychedelic Drugs.

55 - Smith M., 1980; Perceived Effects of Substances Use-A General Theory, New York : Departmen of Health and Human Services.

56 - Smith H. D., 1977, "Drug Use and Abuse". In: Ruch and Zimbardo (eds) Psychology and Life. New York. Grow Hill Book, (Co. INC).

57 - Souief M. I., and Others, 1980, The Egyptian Study of Chronic Cannabis Consumption. Cairo: National Center for Social & Criminological Research.

58 - Souief M.I.,1971, The Use of Cannabis (Hashish) In Egypt - A Behavioural Study - Bulletin on Narcotics, Vol XXIII No.4.

59 - Souief M. I., 1973, Cannabis Ideology, A Study of Opinipn and Beliefs Centering Around Cannabis Consumption. Bulletin on Narcotic (XXX 4). Cairo: UCSCR.

60 - Teasdal J. D., 1973, Durg Dependence, In: Eysenck (ed) Habdbook of Abnormal Psychology, London, Pittman Medical.

61 - Trouton, D., and Eysenck H. J., 1961, The Effects of Drug on Behaviour, In: Eysenck H. J., (ed), Handbook of Abnormal Psychology, New York: Basic Book.

62 - Tinkleenberg I.R., Kappell, S., and Hallister, L.E., 1972,Marijuana and Alcohol, New York: Arch. Gen Psychiate.

63 - Vogel V.H., and Murer D.W., 1957, Narcotics and Science Research, Chicago: ASSO.

64 - World Health Organization 1977 ,The Use of Cannabis, Technical Report, No. 478, Geneva: W.H.O.

65 - World Health Organization, 1967 , Services for the prevention and Treatment of Dependence on Alcohol and Other Drugs , Techn . R. Ser. No. 363, Geneva: W.H.O

66 - World Health Organization, 1969, Expert Commite on Durg Dependence, Sixteen Report-Tech. R. Ser; No. 407. Geneva W.H.O.

67 - World Health Organization 1978, Expert Committe on Drug Dependence. Techn. R. Ser. No. 618. Geneva: W.H.O.

68 - World Health Organization 1973, Expert Committe on Dependence, Tech, R. Ser. No. 516. Geneva: W.H.O.

69 - World Health Organization 1975, Expert Committe on Drug Dependce, Techn R. Ser. No. 560. Geneva: W.H.O.

70 - World Health Organization, 1970, Expert Committe on Durg Liable to Produce Dependence. Techn. R. Ser. No. 312. Geneva: W.H.O.

71 - World Health Organization, 1965, Expert Committe On Durg Liable to Produce Addiction, Tech. R. Ser. No. 116. Geneva: W.H.O

72 - Wilker A., 1962, Opiates Addiction - A Psychological and Neurophysiological Aspects in Relation to Clinical Problem, Washington.

73 - Walker and Kenon, 1980, Aspects of Alcohol and Drug Dependence, London: Pittman Medical.

74 - Winick C., 1974, A Sociological Aspect of Durg Dependence. Ohio: CRC Press.

75 - Wikler A., 1970, A Dynamic of Drug Dependence Implications of A Conditioning Theory for Research and Treatment, New York: Arch Gen Psychiat.

76 - Woolf, P. O., 1948. Marijuana In Latin America. Washington: Lincor Press.

77 - Winick C., 1980. A Theory of Drug Dependence Based on Role. New York : Department of Health and Human Services.

78 - Yolles S. F., 1968, Statemant on LSD-Marijuana and Other Dangerous Drugs - Washington, United Press International.

79 - Zhukovski and Azilevskayi 1975. Opium Popy. Newdelhi: Amerind Publishing Co. PVT, LTD.

فهرس الكتاب

الفصل الثالث

الفصل الرابع

الفصل الخامس

الفصل السادس